



MINISTRY OF HEALTH OF THE  
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



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



ANDIJAN STATE  
MEDICAL INSTITUTE

# COLLECTION OF MATERIALS

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE ON THE TOPIC

**"THE USE OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN  
PREVENTIVE MEDICINE"**



**30 APRIL, 2024**

**VOLUME 1**



INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND  
PRACTICAL CONFERENCE ON  
THE TOPIC

"THE USE OF HIGH INNOVATIVE  
TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE  
MEDICINE"

# EDITORIAL TEAM

## CHIEF EDITOR

M.M.Madazimov

## DEPUTY CHIEF EDITOR

K.Z.Salakhiddinov

## MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Sh.Y.Bustanov, Z.S.Salokhiddinov, Kh.T.Musashaykhov,  
M.E.Abdullaeva, L.S.Khudoyberdieva, M.R.Mamajonova,  
N.Sh.Buranova, M.M.Kuzibaeva, N.A.Mamatova

## COMPUTER GRAPHICS EDITORS

F.A.Abdulkhodimov, A.F.Rashidov

ANDIJAN  
30 APRIL, 2024

## FARG'ONA VILOYATIDA TURLI YOD TANQISLIGI KASALLIKLARIGA CHALINGAN BOLALARDA QALQONSIMON BEZNING FUNKTSIONAL VA GORMONAL HOLATINI ANIQLASH

Muxammadsodiqov M.M., Abdulazizxojeva R.B., Alimova N.U., Yuldashev O.S.,  
Boboyeva D.Sh.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti,  
TTA Urganch filiali Ya.X.Turakulov nomidagi RIATEM,  
Andijon davlat tibbiyot instituti

**Annotasiya:** Yod tanqisligi qalqonsimon bezining gormon ishlab chiqarish faoliyatiga ta'sir qilib bolalarda o'sish, jismoniy, jinsiy va aqliy rivojlanishga ta'sir ko'rsatishi ma'lum. Hozirgi kunda dunyoda 2 milliard odam yod tanqisligi xududlarida istiqomat qilib kelmoqdalar. Bu kishilarda yod tanqisligini etarli qoplanmasligi QB kasalliklari kelib chiqish xavfini kuchaytiradi. Butun dunyoda yod tanqisligi kasalliklari tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. Yod etishmovchiligi oqibatida nafaqat katta yoshdagi odamlar balki yosh bolalar va balog'at yoshidagi bolalarda xam jiddiy muammolar kuzatilmoqda. Farg'ona viloyatida istiqomat qilayotgan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda yod tanqisligi kasalliklari deyarli o'rganilmagan. Yuqorida sanab o'tilganlarni inobatga olib Farg'ona viloyatida og'ir yod tanqisligi sharoitida yashovchi maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda qalqonsimon bez to'qimasidagi buzilishlari ko'lamini, ularda kasallik kechishi xususiyatlarini o'rganish hududimizdagi, ayniqsa Farg'ona viloyatidagi dolzarb tibbiyot masalalaridan biri deb topildi.

**Ilmiy ish maqsadi:** Farg'ona viloyatida yashovchi maktab yoshidagi o'quvchilarda qalqonsimon bez funksiyasi (UTT) orqali va gormonal (TTG, T3, T4) xolatini o'rganish.

**Tadqiqot obyektlari va tekshirish usullari:** Tadqiqot obyekti sifatida Farg'ona viloyati Oltiariq tumanida yashovchi 180 ta maktab yoshidagi o'quvchilar tahlil qilindi. Bemorlarning 96 tasi (80%) qizlar va 84 (20%) nafari o'g'il bolalar bo'lib, ularning yoshi 7yoshdan-14yoshgacha gacha oraliqni tashkil etdi.

Bu bemorlarda qalqonsimon bez (QB) palpasiyasi, Ultra tovush tekshiruvi(UTT), tireoidli gormonlarning RIA aniqlash (TTG, T4 erkin, anti TPO) va tugun biopsiyasi ko'rsatmalar bo'yicha o'tkazildi. Tekshirish o'tkazilishida asosiy xolatni qalqonsimon bezning UTT tashxisi orqali baholashga va bemorlarning tireoidli tasarrufi ya'ni qonning gormonal tekshiruvlari (TTG, T4 va anti TPO miqdori) ga baho berildi.

**Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi:** Tekshiruv jarayonida palpasiya orqali Nikolaev O.V tasnifiga ko'ra 120 (67%) ta o'quvchida buqoqning I-II darajasi, 43 (24%) ta o'quvchida III darajasi, 17 (9%) ta o'quvchida qalqonsimon bezning IV darajada kattalashganligi qayd qilindi. O'quvchilarning tireoid gormonlarining tekshirganimizda 122ta (68%) o'quvchida eutiroid, 48ta (27%) o'quvchida subklinik gipotireoz va 10ta (5%) o'quvchida manifest gipotireoz xolati kuzatildi. Bu natijalar bolalar va o'smirlar orasida 32 % ida tireoid xolatning buzilishlari asosan bez faoliyatida etishmovchilik mavjudligidan dalolat beradi. Tadqiqotimizda qatnashgan o'quvchilarning qalqonsimon bezini UTT orqali tekshirganimizda 159 ta (88%) o'quvchida I-II daraja kattalashgan, 32 (17%) o'quvchida AIT, 22 (12%) o'quvchida tugunli buqoq aniqlandi. QB to'qimasida tugun paydo bo'lishi asosan uzoq davom etgan yod tanqisligi natijasi bo'lib, bu xolatning 12% bolalar va o'smirlarda aniqlanishi olib borilayotgan profilaktik muolajalarning etarli emasligidan dalolat beradi.

**Xulosa:** 1. Yod tanqisligi xududida yashovchi maktab yoshidagi o'quvchilarda qalqonsimon bez xajmi kattalashganligi, ya'ni 120 ta o'quvchi (67%) III-darajada kattalashganligi, 17 ta o'quvchi (9%) IV darajada kattalashganligi kuzatildi.

2. Autoimmun tireoidit esa 32 ta o'quvchida (17%) ni, qalqonsimon bezning tugunli xosilalari ya'ni tugunli buqoqlar esa 19 ta o'quvchida (23%) bo'lganligi aniqlandi.

3. Tekshiruvlar yod tanqisligi yuqori bo'lgan xududlarda profilaktik muolajalar samarasini maktab yoshidagi bolalar va o'smirlarda QB faoliyatini o'rganish bilan baxolab borish muhimligini ko'rsatadi.

## **QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGANLAR BEMORLARDA REABILITATSIYA O'TKAZISH VA NATIJALAR**

**Saidova Lyubat Boltaevna, Ergasheva Gulshan Toxirovna**  
**Buxoro Davlat Tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** rehabilitatsiya davolash jarayonida qandli diabet bilan og'riqan bemorlarning adaptiv mexanizmlari holatini va rehabilitatsiya potentsialini tavsiflovchi ko'rsatkichlarning klinik ahamiyatini baholash.

**Tadqiqot materiali va usullari:** Tadqiqotga 2021-2023 yillar davomida Buxoro viloyat endokrinologiya dispanserida qandli diabet bilan og'riqan 139 nafar bemor ko'rikdan o'tkazildi. 1-toifa qandli diabet (QD1) tashxisi bilan 67 nafar bemor (38 nafar erkak va 29 nafar ayol) 2019- 2022 yillarda 25 yoshdan 45 yoshgacha (o'rtacha yoshi  $33\pm 4,6$  yosh), 2-toifa diabet (QD2) bilan kasallangan bemorlar 45 yoshdan 60 yoshgacha (o'rtacha yoshi  $54\pm 6,7$  yosh) 72 (18 erkak va 54 ayol) edi. Qandli diabetga chalinganlarning kasallanganlik davomiyligi 10 yildan oshmadi. Birinchi kuzatuv guruhiga bemorlar (QD1 - 44 kishi, QD2 - 49 kishi) kirdi, ularning rehabilitatsiya dasturi bemorlarni shifoxonadan sanatoriyning ixtisoslashtirilgan bo'limiga o'tkazishni o'z ichiga oladi (davolash kursi - 24 kun). Taqqoslash guruhida (QD1 - 23 kishi, QD2 - 23 kishi) bemorlar ambulatoriya sharoitida kuzatildi va javob berilgandan so'ng tavsiya etilgan rehabilitatsiya tadbirlari majmuasi uyda o'tkazildi. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar uchun jismoniy faoliyat rejimi differentsial tarzda aniqlandi: 1) jismoniy qiyin mashg'ulotlar (yaxshi kompensatsiyaga ega yosh va o'rta yoshdagi odamlar uchun); 2) tonik (yumshoq mashg'ulot) rejimi (diabet uchun yetarli kompensatsiyaga ega o'rta va keksa odamlar uchun); 3) jismoniy faoliyatni sezilarli darajada cheklash bilan tejamkor rejim (qandli diabet uchun etarli kompensatsiya va yuqori xavf darajasi bo'lgan yurak-qon tomir kasalliklari mavjudligi bilan). Bemorlari ovqat tarkibi, ozuqa moddalarining kaloriyasi va non birliklari soni hisobga olingan holda maxsus ishlab chiqilgan menyu bo'yicha ovqatlantirildi. Har bir bemor tekshirildi: statsionar davolanish bosqichida, sanatoriy-kurortda davolanish bosqichining oxirida va u tugaganidan keyin 3 oy o'tgach. So'rov dasturi, shuningdek, tananing adaptiv imkoniyatlarini baholashni o'z ichiga olgan holda - adaptiv potentsial (AP) - doimiy ravishda tana va atrof-muhit o'rtasidagi muvozanatni saqlashga sarflanadigan funktsional zaxirasi hisobga olindi. Bunda adaptiv potentsial 4guruhga bo'lindi. AP I - qoniqarli moslashish, AP II - kuchli moslashish, AP III - qoniqarsiz moslashish va AP IV - moslashishning muvaffaqiyatsizligi.

**Natijalar:** Kasalxonada dastlabki tekshiruv vaqtida QD1 bilan og'riqan bemorlarning 16,7 foizida (11 kishi) va QD2 bilan og'riqan bemorlarning 1,4 foizida (1 kishi) qoniqarli moslashuv (AP I) kuzatildi. Kuchli moslashuv mexanizmi (AP II) mos ravishda 37,3% (25 kishi) va 31,9% (23 kishi) da qayd etilgan. QD1 bilan og'riqan bemorlarda dekompensatsiya 29,9% (20) bemorlarda va QD2 da 36,1% (26 kishi) bemorlarda yomon moslashuv (AP III) bilan birga kelgan. Qandli diabetni nazorat qilish insulin terapiyasini olgan bemorlarda sezilarli darajada yaxshilandi. QD1 bilan og'riqan bemorlarda moslashuv etishmovchiligi (AP IV) 2 baravar kam uchraydi - 16,4% (11 kishi), QD2 bilan kasallangan bemorlarga qaraganda

- 30,6% (22 kishi) yuqori kuzatilgan. (21 kishi), 46% (31 kishi) da "qoniqarli" AP qayd etildi, bu tananing reabilitatsiya qobiliyatining etarli darajada saqlanib qolganligini ko'rsatdi.

**Xulosa:** Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish sifatini oshirish, kompensatsiya va reabilitatsiya samaradorligini yaxshilash uchun sanatoriyalarda reabilitatsiya davolash bosqichlari zarur. Adaptiv potentsial qandli diabet bilan og'rikan bemorlarni davolashda reabilitatsiya dasturlari samaradorligini kuzatish uchun yaxshi mezondir. Agar adaptiv potentsial boshlang'ich darajadan bir adaptiv potentsialga kamaysa, terapiya samaradorligini yaxshi deb hisoblash mumkin.

### **BOLALARDA O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIADA RUFERONNI SAMARADORLIGI**

**Abdullayev D.B.**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti.**

Gripp va boshqa o'tkir respiratorli virusli infeksiyalar (O'RVI) muammosining dolzarbligi ushbu infeksiyalarning aholining barcha yosh guruhlarida, ayniqsa bolalarda, ularning polietiologiyasida va yangi viruslarning (A tipidagi) paydo bo'lishi bilan belgilanadi. (gripp). (H1N1 v, H5N1), koronavirus, enterovirus), ularning tuzilishi va xususiyatlarining o'zgarishi bilan, o'lim darajasi yuqori bo'lgan og'ir kasalliklarning tarqalishi va pandemiyasini keltirib chiqaradi. O'RVIning klinik ko'rinishlarining rivojlanishining og'irligi va tezligi patogenning xususiyatlari va invazyaning massivligi, shuningdek, ko'payishni cheklashga qaratilgan himoya va adaptiv reaksiyalarning murakkab tizimini boshlaydigan immunitetni himoya qilish omillarining faolligi bilan belgilanadi. patogen va uni keyinchalik yo'q qilish. Kasallikning dastlabki bosqichlarida antiviral himoyada etakchi rol interferon (IFN) tizimiga tegishli - ko'plab RNK va DNK viruslarining replikasiyasini bostirish qobiliyatiga ega bo'lgan tabiiy sitokinlar. Hujayra qarshiligini shakllantirishni rag'batlantiradigan IFN, o'ziga xos immunitet mexanizmlariga qaraganda ancha oldin viruslarga qarshi himoya to'siqni hosil qiladi.

**Maqsad:** Bolalarda o'tkir respirator virusli infeksiyalar uchun Ruferon preparatlarining terapevtik samaradorligini baholash.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Dori vositalarining terapevtik samaradorligi JSST talablarining tartibga solinadigan standarti - Evropa GCP qoidalariga muvofiq baholandi. Tadqiqotni o'tkazish uchun bolaning ota-onasi yoki qonuniy vakillaridan yozma rozilik olingan. Tasodifiy tanlov usulidan foydalangan holda (qabul qilish tartibiga muvofiq) 4 oylikdan va 3 yoshgacha bo'lgan yoshdagi bolalardan iborat 2 guruh tashkil etildi. O'RVI klinikasi bilan kasalxonaga yotqizilgan va dastlabki ikki kun ichida tana harorati 37,5 ° C dan yuqori bo'lgan kasallik. Ikkala guruh (har biri 60 bolalar) yoshi, jinsi, kasallikning davomiyligi va og'irligi bo'yicha taqqoslangan. I guruhga kiritilgan bemorlar Ruferon preparatini mahalliy foydalanish uchun shamlar shaklida, II guruh (nazorat) esa faqat asosiy simptomatik terapiya olgan bemorlardan iborat edi.

**Natijalar va uning muhokamasi:** Kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, O'RVI bilan og'rikan bolalarni davolashda Ruferonning dozalash shaklini (suppozitoriyalar) qo'llash infeksiyon jarayonning barcha belgilarini tezroq yo'q qilishga yordam beradi. Asosiy guruh bolalarida ko'tarilgan tana haroratining statistik jihatdan sezilarli, tezroq normallasishi va intoksikasiyaning barcha ko'rinishlarini, shuningdek, nazofarenks va pastki nafas yo'llarida kataral hodisalarni bartaraf etish kuzatildi.

Ruferon (suppozitoriyalar) olgan va O'RVI fonida faqat asosiy terapiya olgan bolalar guruhlarida periferik qon parametrlarining o'zgarishi odatda bir xil turdagi bo'lib, bu yuqumli

jarayonning rivojlanishidagi farqqa to'g'ri keladi, ammo sezilarli darajada farq qilmaydi. kuzatish guruhlarida o'rtasidagi farqlar. Ruferonni O'RVIning davolashda shamlar shaklida kiritish butun organizmda IgA tarkibini tiklash bilan birga bo'ldi, bu ko'pchilik bolalarda kasallikning boshlanishida kamaygan (infeksiyaning kirish eshigidagi asosiy himoya omili)., bu nafas olish yo'llarining epiteliya hujayralariga viruslarning kirib borishiga to'sqinlik qiladi. Bolalarning qon zardobida IgA miqdorini aniqlashda taxminan bir xil holat aniqlandi: nazorat guruhidagi bemorlardan farqli o'laroq, tiklanish vaqtida Ruferon (suppozitoriyalar) olganlar bu ko'rsatkichning dastlabki darajaga nisbatan o'sishini ko'rsatdilar.

Bolalarda O'RVIning kompleks davolashda Ruferon (suppozitori) ni qo'llash lipid peroksidatsiyasining intensivligini kamaytirishga va antioksidant himoya darajasini oshirishga yordam berdi. IFN holati ko'rsatkichlarini o'rganish Ruferon-suppozituarlarining dozalash shaklining ICC faolligini rag'batlantirish va IFN ishlab chiqarishni ishlab chiqarish uchun o'rtacha qobiliyatini ko'rsatdi. Bu qobiliyat nazorat guruhidagi bemorlardan farqli o'laroq, Ruferon (suppozitoriyalar) olgan bolalarda kuzatildi va nafaqat IFN- $\alpha$  (IP), balki IFN- $\gamma$  PI ning induksiyalangan ishlab chiqarishida ham o'sishdan iborat edi. in vitro tiklanish vaqti. Ruferon (suppozitoriyalar) bilan terapiya paytida asosiy guruhdagi bemorlarda Ruferonni qabul qilgan guruhga nisbatan in vitro stimulyatsiya indeksining (IS - ICC ning induktorni kiritishga IFN ishlab chiqarish bilan javob berish qobiliyati) statistik jihatdan sezilarli o'sishi kuzatildi. shamlar) belgilangan muddat uchun. IFN- $\alpha$  va IFN- $\gamma$  ishlab chiqarilishi preparatning immunomodulyatsion ta'sirining ko'rsatkichidir. Shu bilan birga, qon zardobida va SP in vitroda aylanib yuruvchi IFN- $\gamma$  ning tarkibi deyarli boshlang'ich darajada saqlanib qoldi va IFN- $\alpha$  darajasi sezilarli o'zgarishlarga duch kelmadi.

Ruferon (suppozitori) dan foydalanish bemorlarning to'g'ri ichar orqali IPF usuli bilan virusli antigenlarni aniqlash uchun zarur bo'lgan vaqtni qisqartirish imkonini berdi. Davolash boshlanganidan 1-2 kun o'tgach, nazorat guruhidagi bolalardan farqli o'laroq, takroriy aniqlashlar sonining 78,0 dan 52,0% gacha statistik jihatdan sezilarli darajada kamayishi kuzatildi. Farqlar davolash testining 3-4-kunida sezilarli bo'ldi. Shunday qilib, Ruferon (suppozitori) dan foydalanish bolaning tanasini patogenlardan, shu jumladan adenoviruslardan tozalashga faol hissa qo'shadi, bu nazorat guruhidagi boshqalarga qaraganda statistik jihatdan ancha uzoq davom etadi (33,4%). Ruferon (suppozitoriyalar) dan foydalanish bemorlar va ularning qonuniy vakillari tomonidan sub'ektiv shikoyatlarga sabab bo'lmadi. Ruferon-suppozituarlari bilan terapiya paytida asosiy guruh bolalarining hech birida noxush hodisalar kuzatilmadi, bu bolalar qon zardobida umumiy IgE miqdorining ko'payishi yo'qligi bilan tasdiqlangan. O'rganilayotgan dori-darmonlarni qabul qilgan bemorlarning ko'pchiligida u boshiga nisbatan pasaygan yoki 90,0% hollarda bir xil darajada saqlanib qolgan, nazorat guruhidagi bolalardan farqli o'laroq, bu ko'rsatkich oshgan. Ruferon (suppozitoriyalar) olgan bolalarda IgE ning o'rtacha miqdori tiklanish davrida statistik jihatdan sezilarli darajada kamaydi ( $53,3 \pm 6,5$  dan  $37,3 \pm 4,9$  Ed/l gacha), nazorat guruhidagi bolalardan farqli o'laroq, aksincha, bu vaqt bu ko'rsatkich statistik sezilarli darajada  $40,0 \pm 6,8$  dan  $70,3 \pm 8,9$  Ed/l gacha oshdi.

**Xulosa:** O'RVIning uchun kasalxonaga yotqizilgan bolalarning klinik va laboratoriya tekshiruvidan olingan ma'lumotlar rekombinant  $\alpha 2$ -interferon terapiyasi Ruferon (suppozitoriyalar) ni joriy etish paytida olingan. Uning qo'llanilishi kasallikning asosiy belgilarining davomiyligini kamaytirishga yordam beradi va terapiya muddatini qisqartiradi. virusli antijenlarni chiqarish va immunitet tizimining rivojlangan muvozanatini tezda bartaraf etish. Asosiy himoya omillarining (ICC, LPO-AOS tizimi va boshqalar) buzilgan faoliyatini tiklash, kasallikning davomiyligi va shunga mos ravishda butun o'tkir davrning qisqarishi tufayli yuqumli jarayonning asosiy namoyon bo'lishi. erishildi, bu esa bemorlarning tezroq tiklanishiga yordam berdi. Ruferonning (suppozituarlarning) tasdiqlangan terapevtik

samaradorligini, klinik va laboratoriya usullari bilan tasdiqlangan xavfsizligini, shuningdek, qo'llashning qulay usulini hisobga olgan holda, biz ushbu preparatni O'RVI bilan og'rigan bolalarni kompleks davolashda qo'llashni tavsiya qilishimiz mumkin. Pandemik gripp virusiga qarshi preparatning grippga qarshi faolligi to'g'risida olingan laboratoriya ma'lumotlari zamonaviy grippni davolashga Ruferonni (spozituarlarni) qo'shish imkonini beradi.

## KORONAVIRUS INFEKTSIYASIDAN KEYIN SON SUYAGI BOSHI ASEPTIC NEKROZI DASTLABKI BOSQICHINING KLINIK VA RENTGENOLOGIK XUSUSIYATLARI

Aliaxunova M.Y.

“Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

**Maqsad:** Koronavirus infeksiyasidan keyin.bemorlarning son bo'g'imlaridagi erta o'zgarishlarni baholash uchun rentgenografiya va magnit-rezonans tomografiya (MRI) diagnostika imkoniyatlarini o'rganish.

**Materiallar va usullar:** Son bo'g'imlari sohasida doimiy og'riqlar bilan og'rigan 70 nafar bemor tekshirildi.Barcha bemorlar umumiy klinik biokimyoviy va rentgenologik tekshiruvdan o'tkazildi.Magnit maydon kuchi 1,5 Tesla bo'lgan PHILIPS MULTIVA asbobida standart skanerlash protokollari yordamida MRI o'tkazildi.

**Natijalar:** Barcha bemorlarda COVID-19 koronavirus infeksiyasi bor edi. Ko'pgina bemorlarda qo'shma alomatlar 4-6 haftadan keyin paydo bo'ldi. Koronavirus uchun ijobiy testdan so'ng, u son bo'g'imlari va bo'g'imlardagi og'riqlar (96%), kamroq tez-tez, gluteal sohadagi og'riqlar (74,3%) haqida shikoyat qildi. Og'riq jismoniy mashqlar bilan (48,5%) va progressiv tufayli sezilarli darajada oshdi,kasallik ba'zan dam olishda qayd etilgan (21,5%). Ta'sirlangan bo'g'imdagi harakatlarning cheklanishi (74,3%), o'z-o'zini parvarish qilishning buzilishi bilan tavsiflanadi; yurish paytida zararlangan oyog'ida oqsoqlik (10%); zararlangan tomonda kestirib, mushaklarning tez rivojlanishi (25,7%); sonning qisqarishi (5,7%). Gemostazning qon tomir-trombotsitlar komponentini o'rganish natijasida birlamchi gemostazning trombogen potentsialining sezilarli darajada ortishi aniqlandi. Trombotsitlarning o'z-o'zidan agregatsiyasi, fibrinogen darajasining ortishi, ichki qon ivish yo'lining faollashishi va qon tomirlar devorining agregatsiyaga qarshi faolligining pasayishi qayd etildi. Bemorlarning 86% da rentgenogrammalar aseptik nekroz belgilarini ko'rsatmadi. Faqat 14,0% hollarda kistoz va sklerotik o'zgarishlar aniqlangan. MRG tadqiqotiga ko'ra, son bo'g'imlarida yarim oy shaklida son suyagi boshining subxondrial zonasida tozalanish chizig'i kuzatilgan, boshlarning artikulyar sirtlari notekis, o'rtacha tekislangan, nekroz joylari mavjud. Ularning hajmining 50% gacha bo'lgan strukturasi egallaydi. Son suyagi boshidan bir xil bo'lmagan signal. Suyak iligi shishi son suyagi boshining subxondrial qismida yoki agar kengroq bo'lsa, bosh, suyakning bo'yni va intertrokanterik sohada aniqlangan. Asetabulumning subxondral qismlarida mahalliy degenerativ o'zgarishlar aniqlandi. Asetabulumning lablari normal shaklga ega. Artikulyar bo'shliqda oz miqdorda sinovit aniqlandi. Qo'shma kapsulalar qalinlashgan emas son suyagi larning bo'yinlari qisqargan va qalinlashgan/ Patologik signallarsiz paraartikulyar to'qimalar. SARS-CoV-2 ning og'irligi va aseptik nekrozning shakllanishi o'rtasida hech qanday bog'liqlik kuzatilmadi.

**Xulosa:** MRI suyak to'qimalarining shishishi va infiltratsiyasini aniqlashda yuqori sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega bo'lgan yagona diagnostika usuli bo'lib, u kasallikning bosqichini, suyak iligi to'qimalarining granulyatsiyasini aniqlashga va rentgenogrammada

son suyagi boshining holatini baholashga yordam beradi. Kortikosteroidlarni uzoq vaqt yoki undan yuqori dozalarda qabul qilgan bemorlarda trombotik asoratlar xavfi ortadi, bu esa koronavirus infeksiyasidan keyin son suyagi boshining aseptik nekrozining rivojlanishi uchun triggerlardan biridir.

## KOMORBID BEMORLARDA OSTEOARTRITNING KLINIK KECHISHINING XUSUSIYATLARI

Aliaxunova M.Y.

“Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

**Maqsad:** Osteortrit (OA) bemorlarda kasallik rivojlanishi va klinik davomiyligiga boshqa kasalliklarning ta'sirini baholash.

**Materiallar va usullar:** Tadqiqotga OA (Altman R.D. mezonlari bo'yicha, 1991), III-IV R bosqichlari bo'lgan Kellgren bo'yicha, tizzani almashtirishga qaratilgan 60 nafar bemor kiritilgan. Tekshiruv shikoyatlarni to'plash, anamnez va klinik tekshiruvdan boshlandi, so'ngra WOMAC so'rovnomasi, Lequesne indeksi va vizual analog shkalasi yordamida tizza bo'g'imlarining klinik va funktsional holati baholandi. Tizza bo'g'imining R-grafiyasi to'g'ridan-to'g'ri va lateral proektsiyalarda o'tkazildi. Bemorlar orasida ayollar (n=45, 75%) erkaklarga nisbatan (n=15, 25%) ustunlik qildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 63 yosh, erkaklar - 65 yosh, ayollar - 63 yosh. Barcha bemorlar jismoniy faoliyatdan so'ng, ertalab va / yoki tunda tizza bo'g'imidagi og'riqlar, harakat cheklanganligi, 30 daqiqagacha karaxtlik va yurishning buzilishidan shikoyat qildilar. OA ning o'rtacha klinik davomiyligi 10 yil edi.

**Natijalar:** Tugunli shakl (40 kishi, 68,0%) nodulyar shaklga nisbatan (20 kishi, 32,0%) ustunlik qildi. Periartrikulyar yallig'lanish va sinovit belgilari 38 kishida (63,3%) aniqlangan. O'rganish vaqtida 42 kishida (70,0%) III R HA, 18 kishida (30,0%) IV bosqich. Yo'ldosh patologiyalar orasida ko'proq. tez-tez umumiy gipertenziya (n=48, 80,0%), CHF (n=20, 33,3%), yurak ishemik kasalligi (n=26 43,3%), varikoz tomirlari (n=15; 25,5%) aniqlangan, metabolik sindrom (n=30 50,0%), qandli diabet (n=13, 21,6%), gipotiroidizm (n=6, 17,0%), surunkali bronxit (n=11, 18,3%), surunkali gastrit (n=9, 15,0%), surunkali pankreatit (n=12; 20,0%), surunkali xoletsistit (n=17, 28,3%), xolelitiyoz (n=20, 33,3%), surunkali pielonefrit (n=8, 13,3%), urolitiyoz (n=17, 14,2%) Barcha fenotiplarda ayollar ustunlik qildi, ammo metabolik va aralash OA bilan gender nomutanosibligi aniq namoyon bo'ldi.

Olingan ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarning yoshi tabiiy ravishda OA boshlanishi yoshi bilan bog'liq, ammo kasallikning klinik davomiyligi bilan sezilarli bog'liqlik kuzatilmadi. Yoshi oshgani sayin, OA bilan og'rigan bemorlarda semizlik belgilari biroz kamaydi, ehtimol, qariyalarda atrofik jarayonlarning rivojlanishi bilan bog'liq, Xuddi shunday, OA ning klinik boshlanishi yoshi va semizlikning bir xil ko'rsatkichlari bilan sezilarli salbiy korrelyatsiyaga ega. OA ning klinik davomiyligi tabiiy ravishda kasallikning boshlanishi yoshi bilan bog'liq. Semizlik ketishning barcha ko'rsatkichlari bir-biri bilan o'rta va kuchli sezilarli ijobiy korrelyatsiyaga ega edi. Yosh va tizza bo'g'imlarining klinik va funktsional parametrlari o'rtasida sezilarli bog'liqlik kuzatilmadi. OA ning klinik boshlanishida erta yosh yanada kuchli og'riyotgan og'riqlar bilan bog'liq edi. Semizlikning barcha ko'rsatkichlari OA bilan og'rigan bemorlarning tizza bo'g'imlarining klinik va funktsional holatiga salbiy ta'sir ko'rsatdi.

**Xulosa:** OA ning yoshga bog'liq fenotipi kech klinik boshlanishi, doimiy og'riqlar va tizza bo'g'imlarining disfunktsiyasi, togay va synovial qobiqda aniq degenerativ o'zgarishlar

bilan tavsiflanadi. Yurak-qon tomirtizimi kasalliklari, semizlik, metabolik sindrom, gipotiroidizm va 2 tur qandli diabet bor bemorlarda tizza bo'g'irlarining yanada sezilarli klinik va funktsional buzilishlari namoyon bo'lishi tasdiqlandi.

## **QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA COVID-19 INFEKSIYASIDAN KEYINGI DAVRDA QON TOMIR ASORATLARINI BAHOLASH**

**Aralova M.A.<sup>1</sup>, Yuldashev O.S.<sup>2</sup>, Boboyeva D.Sh.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti**

**<sup>2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch Filiali**

**Tadqiqot maqsadi:** Qandli diabet 2-tur bilan kasallangan bemorlarda COVID-19 infeksiyasi o'tkazgandan keyingi davrda surunkali asoratlarni baholash.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Andijon viloyati Asaka shahar Markaziy shifoxonasi endokrinolog nazoratida turgan ambulator ravishda murojat qilgan 160 nafar qandli diabet 2-tur kasalligi bor bemorlar tekshirilib tahlil qilindi. Tekshirilgan bemorlarning 75 nafari (49%) ayollar va 85(51%) nafari erkaklar bo'lib, ularning yoshi 40dan-70 gacha oraliqni tashkil etdi.

Bemorlarning anamnezi batafsil o'rganib chiqildi. Bemorlar Covid – 19 infeksiyasi o'tkazgan yoki o'tkazmaganligiga, qondagi, siydikdagi qand miqdori, mochevina, kreatinin, glikirlangan gemoglobin, glikemik profil, bioximiya tekshiruv taxlillari, kardiolog, nevropatolog va okulist ko'ruvi o'tkazildi.

Bemorlarni 2 guruhga ajratildi. 1 guruhni anamnezida Covid – 19 infeksiyasi o'tkazgan 2-tur qandli diabet 90 (56%) ta bemorlar tashkil etdi. Ulardan 52 nafari (58%) ayollar va 38nafari (42%) erkaklar bo'lib, ularning yoshi 40 dan-65gacha oraliqni tashkil etdi.2 guruhni anamnezida Covid – 19 infeksiyasi o'tkazmagan 2-tur qandli diabet 70 (44%) ta bemorlar tashkil etdi. Ulardan 40 nafari (57%) ayollar va 30 (43%) nafari erkaklar bo'lib, ularning yoshi 40 dan – 65 gacha oraliqni tashkil etdi.

**Tadqiqotning natijalari:** 1. COVID-19 infeksiyasi o'tkazgan 1-guruhdagi qandli diabet 2-tur bemorlarda qandli diabetning surunkali asoratlarini tahlil qilganimizda diabetik polineyropatiya 58 (64%) bemorda, diabetik nefropatiya 62(68%) bemorda, diabetik preproliferativ retinopatiya 31 (34%) bemorda, proliferativ retinopatiya 3 (3%)ta bemorda, diabetik tovon sindromi esa 6(6,6%) bemorda aniqlangan.

COVID-19 infeksiyasi o'tkazmagan 2 - nazorat guruhidagi bemorlarda esa diabetik polineyropatiya 28 (40%) bemorda, diabetik nefropatiya 27(38%) bemorda, preproliferativ retinopatiya 13 (18%) bemorda, diabetik tovon sindromi esa 1(2%) bemorda aniqlangan yani bu asoratlar 1-chi guruhdagi bemorlarga nisbatan 2 baravar kam uchragan. Yana shunisi axamiyatga egaki Covid-19 infeksiyasi qandli diabet kasalligi bor bemorlarda retinopatiyaning 3-darajasi proliferativ retinopatiya, ya'ni ko'rlikgacha olib kelgan 2. COVID-19 infeksiyasi o'tkazgan 1-guruhdagi qandli diabet 2-tur bemorlarda qandli diabetning o'tkir asoratlarini taxlil qilganimizda o'tkir koronar sindrom 8 (9%) bemorda, bosh miya qon aylanishini o'tkir buzilishi 9(10%) bemorda, miokard infarkti 2 (2%) bemorda, oyoq qon tomirlar tromboemboliyasi 5(5,5%) bemorda aniqlangan.

COVID-19 infeksiyasi o'tkazmagan 2-guruhdagi qandli diabet 2-tur bemorlarda esa BMQAO'B 1 ta (1,5%) bemorda aniqlandi. O'tkir koronar sindrom, miokard infarkti, oyoq qon tomirlar tromboemboliyasi esa xech qaysi bemorda kuzatilmadi.

3. Qandli diabetning o'tkir asoratlarini tahlil qilganimizda 1-guruhdagi Covid-19 infeksiyasi o'tkazgan 2-tur qandli diabet bemorlarda diabetik ketoasidoz 5ta (5,5%) bemorda,

diabetik giperosmolyar koma 5ta (5,5%) bemorda, laktoasidotik koma 2 ta (2,2%) bemorda, gipoglikemik koma 4 ta (4,4%) bemorda aniqlandi.

2-guruhdagi Covid-19 o'tkazmagan qandli diabet 2-tur bemorlarda esa diabetik giperosmolyar koma 1ta (1,4%) bemorda, gipoglikemik koma 4 ta (5,7%) bemorda aniqlandi. Diabetik ketoasidoz va laktoasidotik koma esa bu guruhdagi xech qaysi bemorda kuzatilmadi.

## ZA'FARONNING KIMYOVIY TARKIBI VA UN DAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH

Asqarov I.R<sup>1</sup>., Ubaydullayev K.T<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Andijon davlat universiteti, <sup>2</sup>Andijon davlat tibbiyot instituti

**Tadqiqot maqsadi:** Za'faron (*Crocus sativus* L.) sapsarguldoshlar (Iridaceae) oilasiga mansub ko'p yillik o't. Fevralda gullab, aprel-avgustda meva beradi. Yovvoyi turlari Toshkent, Farg'ona vodiysidagi adirlarda va tog'larda o'sadi.[1].

Za'faron piyozli o'simlik bo'lib, balandligi 30 sm ga yetishi mumkin, uzun va ingichka barglari va chashka shaklidagi gullari binafsha rangga ega. Za'faronning ko'payishi vegetativdir. Gullari soni 4-12 taga yetadi. Har bir gulda kuchli aromatik hidni chiqaradigan uchta qizil-to'q sariq rangli gultumshuqcha tutuvchi uchta sariq urug'chisi bor. Tugunak piyozining diametric 4,5-5,5 sm ga teng [2].

Za'faronning tarkibida 150 dan ortiq uchuvchan va uchuvchan bo'lmagan kimyoviy birikmalar mavjudligini aniqlangan. Bular karotenoidlar, antosiyaninlar, likopen,  $\alpha$ - va  $\beta$ -karotin, zeaksantin, krosetin va uning hosilalari kabi biologik faollikni ta'minlaydigan bir qancha uchuvchan va uchuvchan bo'lmagan faol birikmalar kiradi. Shu bilan birga, za'faronda flavonoidlar, vitaminlar (ayniqsa, riboflavin va tiamin), aminokislotalar, oqsillar, kraxmal, mineral moddalar va boshqa turli xil kimyoviy birikmalar ham aniqlangan. Za'faron tarkibidagi to'rtta asosiy va biologik faol birikmalar krosin, krosetin, pikrokrosin va safranal alohida ahamiyatga ega [3].

**Tadqiqot material va usullari:** Mamlakatimizda yetishtirilayotgan za'faronning kimyoviy tarkibini aniqlash maqsadida birqancha kimyoviy tahlillarni amalga oshirdik. Hususan, uning tarkibidagi makro va mikro elementlar, beta-karotin miqdori, ayrim flavonoidlar miqdori aniqlandi.

Tahlil asosida tuzilgan jadvalda ko'rsatilgan ma'lumotlarga ko'ra shuni aytish mumkinki biz tomonimizdan tekshirilgan za'faron gul tumshuqchalari tarkibida og'irlik jihatidan eng ko'p uchraydigan element fosfor bo'lib, uning miqdoriy qiymati har 100 gr na'munada 432,2 mg ni tashkil qiladi. Keyingi o'rinlarda kaliy 375,4 mg, magniy 160,3 mg va kalsiy 111,5 mg qiymat bilan za'faron gultumshuqchasi tarkibidagi eng ko'p miqdorda mavjud bo'lgan elementlar qatorini tashkil etdi. Za'faron tarkibida har 100 g na'muna tarkibida 1-100 mg miqdorda uchraydigan elementlar qatorini rux (74,3 mg), oltingugurt (35,87 mg), tellur (28,05 mg), temir (26,04 mg), alyuminiy (21,23 mg), natriy (20,15), marganes (2,38 mg), stronsiy (1,225 mg), mis (1,025) kabi elementlar tashkil etdi. Litiy (0,139 mg) va bor (0,675 mg) 1 mg/100 g qiymatdan kam uchraydigan elementlar ekani ma'lum bo'lgan bo'lsa, surma, molibden, selen, qalay, bariy, xrom, mishyak, qo'rgoshin, kadmiy, vanadiy, kumush, simob, kobalt hamda nikel elementlari na'muna tarkibida topilmadi [4].

Za'faron tarkibidagi beta-karotin miqdorini spektrofotometrik usulda aniqladik. Tahlil natijalari shuni ko'rsatdiki mamlakatimizda yetishtirilgan za'faron tarkibidagi beta-karotin miqdori har gramm za'faronga 416 mkg ni tashkil etdi. Bu xususiyatiga ko'ra u Eron va Hindiston (Kashmir) za'faronidan afzal ekani ma'lum bo'ldi [5].

**Tadqiqot natijalari:** Za'faron tarkibini yanada chuqurroq tahlil qilish maqsadida uning tarkibidagi ayrim flavonoidlar miqdori yuqori samarali suyuqlik xromatografiyasi usulida amalga oshirildi. Natija shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan na'muna tarkibida 1,6 mg/g gall kislotasi, 0,56 mg/g rutin, 0,04 mg/ apigenin hamda 0,4 mg/g kaemferol uchraydi [6].

Mamlakatimizda yetishtirilgan za'faronning biologik xususiyatlarini aniqlash maqsadida uning antioksidantlik, antiradikalik faolligi in vitro sharoitlarda o'rganildi va uning yuqori antioksidan va antiradikal ekani ma'lum bo'ldi.

Bundan tashqari in vivo sharoitda amalga oshirilgan tajriba ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki za'faron qandli diabetda ham yaxshi samara beradi.

**Xulosa:** Mamlakatimizda yetishtirilgan za'faron ustida olib borilgan kimyoviy va biologik tekshiruvlar natijalarini tahlil qilib shuni hulosa qilish mumkinki, u juda boy kimyo kimyoviy tarkibga ega va xalq tabobatida undan turli kasalliklar, jumladan, qandli diabetni davolashda samarali foydalanish mumkin.

## OROLBO'YI XUDUDI AXOLISIDAGI BUYRAK SARATONI ATROF TO'QIMA SOHALARINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI.

Ataxonov M.M.

Toshkent tibbiyot akademoyasi Urganch filiali.

Tuzilish xususiyatlarini o'rganish buyrak saratonining o'tish zonasi o'ziga xos xususiyatga ega. Buyrak saratonining peritumoral zonasi (PZ) gistologik tuzilishining xususiyatlarini va unda sodir bo'ladigan proliferativ va biosintetik jarayonlarning buzilishini o'rganishning dolzarbligi buyrak o'smalari jarrohligida organlarni saqlash taktikalarining tarqalishi bilan bog'liq. Buyrak saratonining PZ uzoq metastazlarni aniqlash bilan bog'liq bo'lib, buyrak saratoni hujayralarining poliploidiyasi va anevlodiya sinfining mavjudligi peritumoral sohaning tubulalari epiteliysida proliferatsiya va displaziya o'choqlarining paydo bo'lishi, uning diagnostik ahamiyati juda muhimdir.

**Tadqiqot maqsadi:** Orolbo'yi xududi axolisidagi buyrak saratoni peritumoroz zonasining biriktiruvchi to'qimalarining gistologik tuzilishining xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari: buyrak saratoni bilan og'rigan 35 bemorning operatsion gistologik materiali olingan. Gistologik, gistokimyoviy va morfometrik tadqiqot usullari qo'llanildi. Bemorlarning o'rtacha Yoshi  $43,4 \pm 1,4$  yil. Erkaklar 23, ayollar 12. Shishlarning gistologik tuzilishiga ko'ra yorug` hujayrali saraton – 29, xromofobli saraton-2; papillyar saraton-3 va sarkomatoid saraton-1.

Morfometrik usulda o'sma parenximasi va storomasi elementlari miqdori o'zgarishi (NanoZoomer (REF C13140-21.S/N000198/HAMAMATSU PHOTONICS/431-3196 JAPANda skaner qilindi) o'rganildi.

**Tadqiqotlari natijalari:** Buyrak saratonidagi PZ biriktiruvchi to'qimaning gistologik tuzilishi rivojlanganligiga qarab biz ularni ikki guruhga ajratdik. Birinchi guruh 20, ikkinchi guruh 15. Buyrak saratonidagi to'qimalari ularni morfologiyasidan birinchi navbatda xavflilik darajasiga bog'liq edi. Kollagen tolalari to'plamlarida argirofil tolalar ko'p, limfoplazmatik infiltratsiyaning kamliligi, zichligi yuqoriligi xavflilik darajasi oshgan sayin ko'p kuzatildi. PZ da kattalashgan yadrolarga ega fibroblastik hujayralari bor edi. I Guruhdagi PZdagi fibrozlarning o'lchami  $7,6 \pm 1,4$  mkm edi, II guruhda esa sezilarli darajada emas va  $4,1 \pm 0,5$  mkmni tashkil etdi ( $p < 0,05$ ). Buyrak saratoni uchun prognozni aniqlashda PZ sohasidagi fibroz to'qima o'lchami xavflilik darajasini aniqlash uchun qo'shimcha mezonlar sifatida qarash mumkin bo'ladi.

**Xulosa:** Tadqiqot bo'yicha xulosa qiladigan bo'lsak juda xavfli G3, G4 buyrak karsinomalarida PZ aniq fibroz va elastoz kengligining oshishi bilan tavsiflangan, aksincha G1 va G2 buyrak saratonlarida PZ da fibroz kengligining kichikligi kuzatiladi. PZda zichligini oshishi o'simta angiogenezi va fibrozlanishi bilan bog'liq bo'lib, buyrak saratonining metastazlanishida uning ko'payganligini kuzatish mumkin. PZ kengligi, miyofibroblastlarining faolligi fibrozning tarqalish zichligi qo'shimcha omillar sifatida ishlatilishi mumkin.

## **ATOPIK DERMATIT BILAN XASTALANGAN BOLALARDA IMMUN O'ZGARISHLARNI KORREKSIYA QILISHDA YANGI AVLOD IMMUNOMODULYATORLARINI QO'LLASHNING SAMARADORLIGI**

**Ganiyev A.G., Arifxodjayev A.T., Saxibova M.J.  
Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** Bemorlarning davolash samaradorligini oshirish maqsadida, immun javob holatiga qarab bolalarda atopik dermatitning klinik va immunologik hususiyatlarini aniqlash.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Ushbu muammolarni hal qilish uchun kasallikning kuchayishi davrida atopik dermatit (AD) namoyon bo'lgan 1 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 105 nafar bola tekshirildi, ulardan 67 nafari o'g'il va 38 nafari qiz bolalardir. Nazorat guruhi 28 nafar boladan iborat edi. Umumiy IgE darajasini allergologik o'rganish natijalariga ko'ra, atopik dermatit bilan og'rigan barcha bemorlar uch guruhga bo'lingan: I guruh - ma'lum bir yoshdagi normaga nisbatan umumiy IgE darajasi yuqori bo'lgan qon bosimi bo'lgan bolalar (49 bola). , II guruh - umumiy IgE normal darajasi va alerjenga xos IgE 35 yuqori (ijobiy) qiymatlari bo'lgan qon bosimi bo'lgan bolalar) va III guruh - umumiy IgE darajasi normal va allergenning salbiy ko'rsatkichlari bo'lgan ADli bolalar. - o'ziga xos IgE (21 bemor).

Natijalar va muhokamalar.. Biz kasallikning o'tkir bosqichida 1 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan atopik dermatit bilan og'rigan 105 nafar bemorni tekshirdik. 2021 yildan 2023 yilgacha AD bilan kasallangan bolalar kuzatilgan. Ko'rikdan o'tgan asosiy guruh bolalari orasida 38 qiz va 67 o'g'il bolalar bor edi. Kasallikning o'rtacha davomiyligi  $3,9 \pm 0,1$  yilni tashkil etdi. Yuqoridagi ma'lumotlarga ko'ra, tekshirilgan 105 atopik dermatit bilan og'rigan bemorlar orasida o'g'il bolalar (63,8%) ustunlik qilgan, bu adabiyot ma'lumotlariga mos keladi [8,9]. Bolalardagi AD klinik jihatdan terining qichishi, toshmalarning yoshga bog'liq morfologiyasi (papulalar, pufakchalar, ekssudatsiya, lixenoid papulalar, ekskoriatsiyalar), tipik lokalizatsiya, yoshga bog'liq bosqichlar va surunkali kurs bilan namoyon bo'ldi. Adabiyotlarga ko'ra, atopik dermatit rivojlanishining uch yosh bosqichi mavjud: chaqaloq (tug'ilgandan 2 yoshgacha), bolalik (2 yoshdan 12 yoshgacha) va o'smirlik (10-12 yoshdan 18 yoshgacha).

AD bilan og'rigan bemorlarni tekshirish natijasida biz atopik dermatit rivojlanishining besh yosh bosqichini aniqladik. Tekshiruvdan o'tkazilgan 105 nafar atopik dermatit bilan og'rigan bolalarning 15 tasida (14,7%) kasallikning infantil shakli, 18 tasida (17,4%) erta bolalik shakli, 20 tasida (18,9%) kasallikning maktabgacha yoshdagi shakli, 27 tasida (18,9%) kasallik aniqlangan. (25,8%) kasallikning kichik maktab shakliga, 24 tasi (23,2%) o'smirlik shakliga ega (2-jadval). 80 ta holatda (76,8%) atopik dermatitning dastlabki ko'rinishlari tug'ilishdan 2 yoshgacha bo'lgan davrda sodir bo'lgan va hayotning birinchi yilida ular 75 (72,1%) bolada aniqlangan. 2-7 yoshda terida atopiya belgilari kamroq paydo bo'ldi - 13 bolada (6,8%).

Dastlabki tekshiruvdan so'ng atopik dermatit bilan og'rikan barcha bemorlarga sababiy ahamiyatga ega bo'lgan allergenlarni istisno qilgan holda parhez terapiyasi buyurildi, ularning samaradorligi 14 kundan keyin baholandi. Teri holatining yaxshilanishi, shuningdek, qichishishning pasayishi I guruhdagi bolalarning 69% va II guruhdagi 55% da qayd etilgan. Laboratoriya tekshiruvidan so'ng individual gipoallergen parhez buyurildi, bu I guruhdagi bolalarning 84,5% va II guruhdagi 72,3% terining holatini yaxshilashga olib keldi, bu esa ushbu bolalarda laboratoriya allergologik tekshiruvi va sabablarni aniqlash muhimligini ta'kidlaydi. har bir bolada sezilarli allergenlar. III guruh bolalarida gipoallergen parhezga rioya qilish bolalarning 21 foizida terining holatini yaxshilashga olib keldi, chunki gistaminsiz moddalar va psevdoadlergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan boshqa mahsulotlar dietadan chiqarib tashlangan. III guruh bolalarida kasallikning patogenezi oziq-ovqat mahsulotlarining hujayrali, sitotoksik yoki immunokompleks mexanizmlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin, shuning uchun AD bilan og'rikan ba'zi bemorlarda umumiy IgE darajasi normal va salbiy ko'rsatkichlar bilan dietaga rioya qilish. allergenga xos IgE ni ijobiy natijalar berdi.

Mahalliy glyukokortikoid (GC) kremlari va malhamlarini, shuningdek, antiallergik dorilarni qo'llash terapiya boshlanganidan keyin birinchi hafta ichida terining holatining klinik ko'rinadigan yaxshilanishini ta'minladi I guruhdagi bolalarning 96,8 foizida, bolalarning 94,3 foizida. II guruhdagi bemorlar va III guruhdagi bemorlarning 91%, bu IgEga bog'liq reaksiyalarda ham, HeIgEga bog'liq bo'lganlarda ham glyukokortikoidlarning yallig'lanishni bostirish qobiliyatini ko'rsatadi.

Antiallergik terapiyaning samaradorligi SCORAD indeks qiymatidagi o'zgarishlar bilan baholandi. I guruh bemorlarida SCORAD indeksi yosh kichik guruhda 76% ga, katta yoshdagi kichik guruhdagi bolalarda esa 77,4% ga kamaydi. II guruhda SCORAD indeksi 63,9% va 64,4% ga kamaydi. III guruhda 55,8% va 50,6%. I guruh bolalarida terapiyaning yuqori samaradorligi shuni ko'rsatishi mumkinki, IgE-ga bog'liq reaksiyalar, garchi ular atopik dermatitning og'ir kechishiga olib kelsa ham, IgE-ga bog'liq bo'lmagan reaksiyalarga qaraganda terapevtik aralashuvlarga (gipoallergen parhez, antiallergik preparatlar) osonroq mos keladi. AD va umumiy IgE darajasi normal bo'lgan bolalarda AD patogenezida etakchi rolni hujayrali immun kompleksi va/yoki sitotoksik reaksiyalar o'ynashi mumkin, ular yuqori darajadagi AD bilan og'rikan bemorlarda umumiy IgE samarali bo'lgan terapiyaga kamroq javob beradi.

Teri va uning ostidagi to'qimalarning bakterial infeksiyalari bilan asoratlanigan atopik dermatiti bo'lgan bolalarda (25 bola), CD3+ limfotsitlarining kamayishi, T-yordamchi hujayralarining yuqori tarkibiga moyilligi va fagotsitar hujayralar faolligini inhibe qilish aniqlangan. Bizning klinik tajribamiz shuni ko'rsatdiki, takroriy bakterial teri infeksiyalari bilan og'rikan bemorlarda Galavitni kompleks terapiyaga kiritish I guruhda pyoderma sonining 40% ga, II guruhda 42,8% va guruhda 37,5% ga kamayishiga olib keldi. III.

I guruhdagi AD bilan og'rikan bolalarning 27 foizi, II guruhdagi 32 foizi va III guruhdagi bolalarning 25 foizi tez-tez interkurrent virusli infeksiyalarga duchor bo'lgan (bir yil ichida 6 martadan ortiq). Galavit bilan davolanish paytida (20 nafar bolada AD bo'lgan) yil davomida O'RVI chastotasining pasayishi (I guruhdagi bolalarning 33,4 foizida, II guruhda 29 foiz va III guruhda 26 foiz), febril davr, o'tkir respirator virusli infeksiyalar orasidagi intervalni oshirish, antibakterial terapiyaga bo'lgan ehtiyojni kamaytirish hisoblanadi.

O'z kuzatishlarimiz va tadqiqotlarimizning yuqoridagi natijalarini jamlab, biz umumiy va o'ziga xos IgE turli darajadagi atopik dermatit bilan og'rikan bemorlarda kasallikning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar, uning klinik ko'rinishlari, klinik va laboratoriya parametrlarining xususiyatlari aniqlangan degan xulosaga kelishimiz mumkin. va kuchaygan

davrlardagi immunologik reaktivlik holati o'rganildi va kasallikning klinik remissiyasi, antiallergik va immunomodulyatsion terapiya samaradorligi tahlil qilindi.

**Xulosalar:** AD va takroriy bakterial teri infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarda Galavit bilan immunomodulyar terapiya qo'shilishi uzoq muddatli remissiyaga erishishga yordam beradi, tashqi antibakterial terapiya samaradorligini oshiradi va tizimli antibakterial terapiyadan foydalanishni kamaytiradi. Galavit yordamida kombinatsiyalangan terapiya samaradorligi IgE vositachiligidagi atopik dermatitli bolalarda HelgE vositachiligidagi atopik dermatitga nisbatan yuqoriroqdir.

## **COVID-19 KASALLINING JIGARDAGI ASORATLARI**

**Dalimov A.A., Mamasaliev N.S, Mamarasulova D.Z, Kalandarov D.M,  
RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** COVID-19 o'tkazgan bemorlarda jigar asoratlari kuzatilishi holatini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari:** Ushbu tadqiqot uchun 2021–2023 yillar davomida Andijon shahrida 188 nafar COVID-19 dan sog'aygandan bir qancha vaqt o'tgandan so'ng ayrim jigar asoratlari rivojlangan bemorlar o'rganildi. Birinchi nazorat guruhini shu yoshdagi COVID-19 o'tkazmagan 69 ta sog'lom insonlar (I-guruh), ikkinchi guruhni 69 nafar COVID-19 o'tkazgan jigarning surunkali kasalliklari mavjud bo'lmagan bemorlar (II-guruh) hamda uchinchi guruhni COVID-19 bilan kasallanganungacha davrda surunkali jigar kasalliklari mavjud bo'lgan 50 nafar koviddan keyingi sindromning jigar asoratlari rivojlangan bemorlar (III-guruh) ni tashkil etdi. Jigarni makroskopik va mikroskopik qiyosiy jihatdan baholash maqsadida 1 dan to 3 oylikgacha bo'lgan 30 nafar oq zotsiz kalamushlar organizmidagi a'zolar inson 25-50 yoshidagi a'zolar o'zgarishlariga o'xshash tuzilganligi tufayli ajratib olindi.

**Tadqiqot natijalari:** Ta'kidlab o'tish kerakki, guruhlarga kiritilgan bemorlar yoshi 45 dan to 55 yoshgachani tashkil etib, u o'rtacha  $\pm 50$  yoshni, asosiy guruhda  $\pm 48,05$  yoshni, nazorat guruhida esa,  $\pm 49,2$  yoshni tashkil etdi ( $r > 0,05$ ). Gender jihatdan 188 nafar bemordan 98 (52,1%) tasi erkaklardan, qolgan 90 (47,9%) tasi ayollardan iborat edi. Guruhlar bo'yicha ular quyidagicha taqsimlanishdi nazorat guruhida 22,1% erkak va 27,0% ayollar, asosiy guruhda 30,0% va 20,9% kuzatildi. Bundan xulosa qilish mumkinki, tadqiqotimizda gender jihatdan erkaklar ko'proq ekanligi ma'lum bo'ldi, bu holat ularda zararli odatlarning ko'pligi va ovqatlanishdagi o'ziga hosliklari bilan bog'liq. Surunkali kasalliklarni tahlil qilish asnosida tadqiqot guruhlaridagi bemorlarda quyidagi nozologik birliklar aniqlangan. Surunkali gepatit B, C, D, surunkali xolesistit, surunkali gastrit, surunkali sistit, arterial gipertenziya, qandli diabet, surunkali pielonefrit, surunkali yurak ishemik kasalligi kabilar mavjud edi. Eng ko'psonli surunkali kasalliklar uchinchi guruhda aniqlandi. Birinchi asosiy guruh tekshiriluvchilarini tahlil qilinganida,  $36,13 \pm 0,81$  yoshni tashkil etdi. Umumiy qon tahlilida aniqlandiki, norma ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli farqlar aniqlanmadi, faqatgina EChT ko'rsatkichi 1,5-2 baravar oshgan, bu esa koviddan keyingi sindrom bilan kasallangan bemorlarda hozirgacha davom etayotgan tizimli yallig'lanish jarayonlaridan dalolat beradi. Asosiy guruhda shu belgilarni qiyoslash maqsadida yuqoridagi ko'rsatkichlar aniqlandi ( $n=50$ ). Bunda bemorlarning o'rtacha yoshi  $55,6 \pm 1,07$  yoshni tashkil etdi. Ko'rsatkichlar esa referent ko'rsatkichlardan farqlanmagan bo'lib, xuddi birinchi guruhdagi kabi EChT yuqori edi. O'rganish uchun keyingi mezon bo'lib, jigarning funksiyasiga bog'liq bo'lgan biokimyoviy ko'rsatkichlar edi. Normativ ko'rsatkichlarga nisbatan biokimyoviy ko'rsatkichlardagi farqlanishlar tekshiriluvchilarning butun jamlanmasiga nisbatan

qo'llanildi. Masalan, ALat normaning yuqori chegarasiga nisbatan 1,34 martaga ko'p edi. ASaT esa 1,24 martaga ortiq edi.

**Xulosa:** Jigar fibrozi ya'ni qattiqlashganligining ko'rsatkichi birinchi asosiy guruhda o'rtacha  $8,28 \pm 0,48$  tashkil etdi, bu referent ko'rsatkichlar yuqori chegarasidan 1,42 baravar baland, koviddan keyingi sindrom mavjud bo'lgan ikkinchi asosiy guruhda ushbu ko'rsatkich 2,5 baravar ortiq ekanligi aniqlandi. Ikkala asosiy guruhning steatoz ko'rsatkichlari normaga nisbatan 1,11 va 1,18 baravar baland. Ikkinchi asosiy guruhdagi yuqori ko'rsatkichlarni jigarning avvaldan bir necha yillar davomida surunkali kasalliklari mavjud bo'lganligi ustiga COVID-19 ning qo'shilishi sababli jigarning koviddan keyingi sindromi kuzatilganda asoratlanishi bilan izohlash mumkin.

## YUQORI DARAJALI MIYOPIANI KORREKTSIYALASHDA ZAMONAVIY FAKIK KO`Z ICHI LINZALARIDAN FOYDALANISHNING ILK NATIJALARI

Zaynutdinov N.N., Yusupov A.F., Karimova M.H.

Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikrohirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

**Muammoning dolzarbligi:** Hozirgi kunga kelib yuqori refraktsiyon anomaliyalari bemorlarning oftalmolog shifokorga murojaati kun sayin ortib bormoqda. Statistik ma'lumotlarga ko'ra dunyo aholisining qariyb 39-44% da ushbu turdagi holat kuzatilmoqda. Ushbu refraktsiyon anomaliyalarning ichida eng ko'p uchraydigan turi bu miyopiadir.

**Tadqiqot madsadi:** Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikrohirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markaziga (RIKMIATM) murojaat qilgan yuqori darajali miyopia mavjud bemorlarda fakik ko'z ichi linzasi implantatsiya jarrohlik amaliyotidan keyingi ilk natijalarni baholash.

**Tadqiqot material va usullari:** Yuqori darajali miyopia tashhisi bilan RIKMIATMga 2024 yil yanvar va fevral oylarida murojaat qilgan 10 nafar bemorning (20 ta ko'z)ga rejali asosda to'liq umumiy (vizometriya, oftalmoskopiya, tonometriya va biomikroskopiya) va mahsus oftalmologik (A/B skan tekshiruv, old va orqa OKT, keratotopografiya va endotelial mikroskopia) tekshiruvlardan so'ng Visian ICL VICM5 turdagi sferik fakik ko'z ichi linzasi implantatsiya qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $21,3 \pm 0,4$  ni, o'rtacha manifest sferik ekvivalenti  $12,56 \pm 0,7$  D va o'rtacha ko'z ichi bosimi  $14,2 \pm 0,5$  mmHg, o'rtacha shoh parda qalinligi  $467 \pm 58$   $\mu$ m, o'rtacha endotelial hujayralar soni  $2895 \pm 223$  hujayra/mm<sup>2</sup> tashkil etdi. Bemorlarda amaliyotdan avvalgi to'liq korrektsiyalanmagan o'rtacha ko'ruv o'tkirligi  $0,1 \pm 0,03$  hamda to'liq korrektsiyalangan ko'ruv o'tkirligi esa  $0,6 \pm 0,15$  ni tashkil etdi. Fakik ko'z ichi linzasini implantatsiya qilish amaliyoti birgina malakali jarroh tarafidan amalga oshirildi. Barcha bemorlarga amaliyotdan so'ng profilaktik maqsadda 2 hafta mobaynida qo'llash uchun Sol. Tobradex 1x4 mahal va 10 kunga Sol. Timolol 0,5% - 5 ml 1x2 mahal tavsiya etildi.

**Tadqiqot natijalari:** Amaliyotdan keyingi birinchi kun kuzatuv natijalariga ko'ra bemorlarda o'rtacha manifest sferik ekvivalent  $\pm 0,5$  D, o'rtacha ko'z ichi bosimi  $16,3 \pm 0,75$  mmHg, o'rtacha endotelial hujayralarning yuqolish holati  $2,3 \pm 0,2\%$  hamda o'rtacha linza va gavhar orasidagi bo'shliqning o'lchami  $345 \pm 102$   $\mu$ m ni tashkil etdi. O'rtacha korrektsiyalanmagan ko'ruv o'tkirligi  $0,85 \pm 0,12$  hamda to'liq korrektsiyalangan ko'ruv o'tkirligi esa  $0,95 \pm 0,35$  ni tashkil etdi. Hech bir ko'zda amaliyot mobaynida va amaliyotdan keyin erta asoratlar kuzatilmadi. Bemorlarning barchasi amaliyotdan keyingi natijalardan qoniqish holatini bildirdi.

**Xulosa:** Yuqori refraktsiyon anomaliyalardan biri bo'lgan miyopia holatida bemorlarni korrektsiyalashda zamonaviy usullardan bu fakik ko'z ichi linzalarini implantatsiya qilish

bo'lib, o'zining havfsizligi hamda yuqori samaradorligi bilan boshqa turdagi korrektsiyalardan ajralib turadi. Albatta bu turdagi linzalarni implantatsiyasidan so'ng kechki asoratlarni oldini olish va baholash uchun amaliyotdan keyin davomiy kuzatuvlarni amalga oshirish tavsiya qilinadi.

## **MOXI-XOSSA SANATORIYASIDAGI GIPERTONIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGI**

**Idiyev Muxriddin,  
Buxoro davlat tibbiyot instituti**

**Dolzarbligi:** Arterial gipertoniya uchrashi va yurak-qon tomir kasalliklari hamda o'limga olib boruvchi oqibatlariga ko'ra ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklardan biri sanaladi. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra, qon bosimining oshishi mehnatga layoqatli yoshdagi ayollarning taxminan 40 % ida, erkaklarning esa 39 % ida kuzatiladi va 60 % dan ko'prog'i og'ir asoratlar bilan birga keladi: miokard infarkti, miya insultlari, to'r parda ko'chishi, buyraklar nefroangiosklerozi. Buxoro viloyati hududida joylashgan Moxi - Xossa sanatoriyasi tabiiy-iqlim sharoiti ancha og'ir hududlarga kiradi. Iqlimshunos A.A.Borisovning terminologiyasiga ko'ra , O'rta Osiyo iqlimi keskin kontinental deb ataladi, chunki havo haroratining kun davomida va yil davomida o'zgarib turish diapazoni nihoyatda katta. O'zbekistondagi Buxoro iqlimining o'ziga xos xususiyatlari quyoshli soatlarning ko'pligi va aeroionlanishning darajasi yuqoriligidir (P.A.Zolotov, 1969).

**Tadqiqot maqsadi:** I va II bosqich gipertoniya bilan og'rigan tub aholi (Buxoro viloyati) bemorlarni va mavsum bo'yicha turli iqlim va geografik zonalaridan tashrif buyurgan bemorlarni davolashni o'rganish.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** 2021-2024 yillar davomida gipertonik krizlarsiz o'rtacha kechgan I va II bosqich gipertoniya bilan og'rigan 428 bemorda yilning turli fasllarida subyektiv belgilar va obyektiv ma'lumotlar dinamikasi tahlil qilindi. Dam olish maskaniga kelish va ketish vaqtida qon bosimining o'zgarishi to'g'risidagi biometrik ma'lumotlar qisman korrelyatsiya va regression analiz usuli yordamida matematik ishlovdan o'tkazildi . Bu usul har qanday o'zgaruvchi kattalikning bir vaqtning o'zida bir nechta mustaqil o'zgaruvchilarga bog'liqligini aniqlash imkonini beradi. 2021-2024-yillar uchun arxiv materiallarini (kasallik tarixi) tahlil qilish orqali qon bosimi darajasi haqidagi ma'lumotlar o'rganildi. Bemorlarning yoshi 30- 60 yosh oralig'ini tashkil etdi. Erkaklar va ayollar soni bir xil. Yilning turli fasllarida (yoz, kuz, qish, bahor) periferik qon oqimi holati 193 bemorda o'rta barmoqning yuqori falangasi kapillyaroskopiya orqali o'rganildi.

**Tadqiqot natijalari:** O'zbekiston va Rossiya Federatsiyasidan kelgan I va II bosqich gipertoniya bilan og'rigan mahalliy va tashrif buyurgan bemorlar uchun Mohi - Xossa kurortida sanatoriy-kurort davolanish ularning umumiy ahvolini yaxshilashi, qon bosimini sezilarli darajada pasaytirishi va keyinchalik yashash joyidagi poliklinika va statsionarlarda davolanishi uchun qulay zamin yaratishi mumkin. yashash joyidagi klinikalar va shifoxonalarda bemorlarni ziyorat qilish. Kelajakda ular erishilgan ijobiy natijalarni uzoq muddat saqlab qolishadi. Mohi - Xossa sanatoriyasida karbonat angidrid vannasini birinchi qabul qilgandagi ta'siri natijasida yurak-qon tomir tizimining funksional holatidagi o'zgarishlarga asoslanib, ushbu ko'rsatkichlarning (qon bosimining pasayishi, EKG natijalarining yaxshilanishi) sanatoriy-kurort davolanishining oxirigacha o'zgarishini taxmin qilish mumkinligi isbotlangan.

**Xulosa:** Bu shifokorlarga sanatoriyaga tashrif buyurganda erta muddatlarda prognozlash tizimi ishlab chiqilishidan oldin tavsiya berilganidek qon bosimi

normallashtirishini kutmasdan balneoterapiyani boshlash imkonini beradi. Mavsum bo'yicha davolash samaradorligi deyarli bir xil edi.

**OROL BO'YI AHOLISIDA SURUNKALI KASALLIKLAR KAMQONLIGI (SKK) BILAN KASALLANGAN KATTA YOSHLI BEMORLARDA LABORATOR KO'RSATKICHLAR VA DAVOLASHNI KORREKSIYA QILISH.**

**Ishchanova N.X.**

**Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali**

**Tadqiqot maqsadi:** Surunkali kasalliklar kamqonligi (SKK) bilan kasallangan Orol bo'yli aholisi o'rtasida bemorlarning shikoyati, klinik laborator tahlili natijalari asosida davolashni optimallashtirish va korreksiya qilish.

**Tadqiqot material va usullari:** Ilmiy izlanish material sifatida Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasida statsionar yotib davolanayotgan bemorlarda 6.01.2022 yildan 20.12.2024 y gacha davolanayotgan bemorlar tanlab olindi. Bunda asosan Gematologiya va Terapiya bo'limlarida yotib davolanayotgan «Surunkali kasalliklar kamqonligi» tashxisi bilan davolanayotgan 120 nafar bemorlar o'rganildi. Tanlangan bemorlar Orol bo'yli aholisi hisoblangan Xorazm viloyati va Qoraqolpog'iston Respublikasining 4 tumani: Buruniy, Ellikqal'a, To'rtko'l, Amudaryo tumanlarida yashovchi aholi orasida o'rganildi. 120 nafar bemorlarning 68(56,7%) nafarini erkaklar, 52(43,3%) nafarini ayollar tashkil qiladi. Bemorlar 9(7,5%) nafari 18 yoshdan -30 yoshgacha, 14(11,7%) nafari 31 yoshdan- 40 yoshgacha, 16(13,3%) nafari 41 yoshdan -50 yoshgacha, 30(25,0%) nafari 51 yoshdan- 60 yoshgacha, 41(34,1%) nafari 61 yoshdan 70 yoshgacha, qolgan 6(5,0%) nafari 70 yoshdan katta yoshdagi bemorlar tashkil qildi. Ularning o'rtacha yosh ko'rsatkichi  $57 \pm 1,4$  ni tashkil qiladi.

Klinik shikoyatlariga asosan keskin harakatda bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tezkor harakatda ko'z oldi tinishi va quloqda shovqin paydo bo'lishi 120(100%) kuzatildi. Ishtaxa pastligi, ta'm va xid sizgisi buzilishi (patoosmiya, patofagiya) - 86(71,7%) bemorda, sochlar to'kilishi, teri quruqlashishi, tirnoqlar mo'rtlashishi (kaylonaxiya) 92(76,7%) bemorda, yurak urib ketishi, xansirash, havo etishmaslik hissi 85(70,8%) bemorda, oyoq-qo'llar uyushishi, sovuq qotishi, sezgi buzilishi 67 (55,8%) ni tashkil qilgan.

**Tadqiqot natijalari:** UQT (yoyma ) tekshiruv taxlilidagi laborator belgilarga asosan gemoglobin-38 g/l dan 50 g/l gacha bo'lgan juda og'ir darajali bemorlar 19(15,8%) nafarni, gemoglobin- 51g/l dan 70 g/l gacha bo'lgan og'ir darajali bemorlar 32 (26,7%) nafarni, gemoglobin-71 g/l dan 90 g/l gacha bo'lgan bemorlar 53(44,2%) nafarni, gemoglobin-90 g/l dan yuqori bo'lgan (Hb-119 g/l) engil darajali kamqonlik bilan kasallangan bemorlarning 16 (13,3%) nafarni tashkil qildi. Bu bemorlarda rang ko'rsatkichi  $0,8 \geq$  dan past bo'lganlar 94 (78,3%), r.k 0,81-1,05 gacha bo'lganlar 23(19,2%), r.k  $1,05 \leq$  dan yuqori bo'lganlar 3 (2,5%) ni tashkil qilgan. Eritrotsit 2,5 mln dan 3,5 mln gacha bo'lgan bemorlar 40 (33,3%) ni, erit. 3,6-4,5 mln. gacha 64 (53,3%) ni,  $4,6 \leq$  mln dan yuqori bo'lgan bemorlar 6 (5%) ni tashkil qildi.

Qon bioximiyaviy ko'rsatkichlarga asoslangan holda qon zardobidagi ferritin me'yorda uchrashi 30-300 mkg/l 93 bemorda,  $30 \geq$  mkg/l kam uchrashi-27 bemorda, transferrin, zardobdagi temir 12-30 mkmol/l gacha 89 bemorda, 11 mkmol/l dan kam bo'lishi -27 bemlarda aniqlangan. SHuningdek aksariyat bemorlarning qon zardobidagi umumiy oqsil miqdori me'yorga nisbatan (umumiy oqsil-55g/l ) kam bo'lgan bemorlar tanlab olingan.

Surunkali kasalliklar bilan davolangan bemorlarning aksariyat qismida YUIK, Gipertoniya kasalligi II-III bosqichi, AG 1-3, XX ( o'rta yuqori, juda yuqori) (NIHA

bo'yicha) bo'lgan kasallar 34 (28,3%) ni, curunkali buyrak kasalligi (SBK), pielonefrit, glomerulonefrit, surunkali buyrak etishmovchiligi o'rta, og'ir darajalari bilan kasallangan bemorlarning 15 (12,5%)da, Qandli diabet 2 tur, kompensatsiya, dekompensatsiya bosqichlari, diabetik nefropatiya, neyropatiya bilan asarotlangan bemorlarda uchrashi 18 (15,0%) bemorda, onkalogik 11 (9,2%) va boshka terapevtik kasalliklardan keyin (surunkali gastroduodenit, surunkali gepatit, jigar gepatozi) uchrashi 44(36,7%), revmatologik kasalliklar (revmatizm, revmatoid artrit) 8 (6,7%) bemorlarda kuzatilgan.

Xulosa qilib aytadigan bo'lsak, 2-guruh bemorlarda 1-guruh bemorga nisbatan klinik - laborator belgilarning, shikoyatlarning kamayishi, umumiy ahvolining yaxshilanishi kuzatildi. Bunda 2-guruh (Temir III saxaroz kompleks+Eritropoetin +aminokislota) bemorlarda 1-guruh (Temir III saxaroz kompleks+Eritropoetin) bemorlarga qaraganda sub'ektiv va ob'ektiv shikoyatlar nisbatan kamayishi bilan birga, qon bioximiyaviy tahlilida umumiy oqsilning ko'rsatkichi 1-guruhda  $57\pm 3$ g/l, 2-guruhda umumiy oqsil  $69\pm 5$ g/l gacha oshganligi kuzatildi. SHuningdek, qon plazmasida transferrin, ferritin, zardobdagi temir miqdorining 2-guruxda yaxshilanishi kuzatildi. SHuningdek, 2-guruh bemorlarda gemoglobin ko'rsatkichi Umumiy qon tahlilida 10 kun ichida 1- guruhga nisbatan (Hb  $78\pm 4,2$  g/l dan Hb  $78\pm 7,3$  g/l gacha oshganligi kuzatildi. Bemorlarga ambulator va uy sharoitida davoni davom qildirish maqsadida Temir II valentli preparatidan 60-100 mg/kuniga suv yoki sharbat bilan ovqatdan 2 soat keyin ichish kamqonlik darajasigi qarab, 3 oydan 5 oygacha ichish tavsiya qilindi. SHu bilan birga oqsilga boy mahsulotlar, tarkibida temirni so'rilishini yaxshilovchi vitaminlarga boy meva va sabzavotlarni eyishni oshirish tavsiya qilindi.

## **O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KLINIK- PARAMETRLARINI O'RGANISH VA BAHOLASH**

**Kalandarova G.D.**

**Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali**

**Dolzarbliigi:** O'n ikki barmoqli ichak yara kaslligi ovqat hazm qilish tizimining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, ichki kasalliklar bilan bog'liq dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Sayyoramizning katta yoshdagi aholi orasida peptik yara kasalligi bilan kasallanganlar soni 6-15 %ni tashkil qiladi. Kasallikning eng yuqori darajasi insonning maksimal intellektual va jismoniy faolligi davri, ya'ni 50 yoshgacha kasallik og'ir kechib, hayot uchun xavfli asoratlarning rivojlanishiga moyil bo'lib, ularning chastotasi antisekretor dorilarning yaxshilanishiga va yangi davolash rejimlarining paydo bo'lishiga qaramay o'sishda davom qilmoqda.

Hozirgi vaqtda yara genezning umume'tirof etilgan nazariyalari Helicobacter pylorining doimiyliigi va o'zaro patogen ta'sirni kuchaytiradigan kislota-peptik omil ta'siri nuqtai nazaridan ko'rib chiqilmoqda. Helicobacter pylori esa kasallikning surunkali rivojlanish ko'rinishini saqlab, kasallikning takrorlanish xavfini keltirib chiqaradi. Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri patogen mikroorganizmlarga qarshi ishlatiladigan antibakterial vositalarga chidamliligidir. Bu so'nggi yillarda global tus olgan qarshilikning barqaror o'sishi bilan bog'liq. So'nggi yillarda ishlatiladigan antibakterial dorilarga chidamli Helicobacter pylori shtammlari soni ortib borishi natijasida bunday davolash tobora qiyinlashmoqda. Aynan Helicobacter pylorining antibakterial dorilarga chidamliligining oshishi bilan oshqozon yarasi va uning asoratlari ko'payishi hisobiga davolanish narxining sezilarli darajada oshishi bu nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega muammo ekanligini ham anglatadi. Shu nuqtai nazardan qaraganda, o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'rigan bemorlar organizmining immun holati dinamikasini oshqozon nuqsoni evolyutsiyasi

fonida va yaraga qarshi va eradikatsion terapiya paytida o'rganish katta nazariy va amaliy qiziqish uyg'otadi.

**Tadqiqot maqsadi:** Klinik, morfologik, bakteriologik belgilar, immun holati ko'rsatkichlari va immunitetning hujayrali bo'g'inining funksional faolligini tahlil qilish asosida o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi bor bo'lgan bemorlarda kasallikning rivojlanishidagi diagnostik-profilaktik mezonlarini takomillashtirish va davo samaradorligini oshirish maqsad qilib olindi.

**Tadqiqot usullari:** Asoratlanmagan o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan kasallangan 110 nafar bemor tekshirildi, har biri 55 nafar patientdan iborat 2 ta teng guruhga bo'lingan. Birinchi guruh kuniga 2 marta 20 mg dozada omeprazol, kuniga 2 marta 1000 mg dozada amoksitsillin va kuniga 2 marta klaritromitsin 500 mg eradikatsiya terapiyasini an'anaviy sxema bo'yicha olgan bemorlarni o'z ichiga olgan. Ikkinchi guruhga kuniga 2 marta 500 mg dozada dibikor qo'shilishi bilan birinchi guruhda qo'llanganga o'xshash eradikatsiya terapiyasini olgan bemorlar kiritilgan.

Helicobacter pyloriga qarshi terapiyasining haftalik kursini tugatgandan so'ng, barcha bemorlar H. pylori yo'q qilishni o'z ichiga olgan turli xil sxemalar bilan kasallikning kuchaymasligi uchun davolanganlar. Shunday qilib, o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi kuchaygan bemorlarning birinchi guruhi, eradikatsiya terapiyasidan tashqari, kasallikning kuchayishini davolash uchun kuniga 2 marta omeprazolni 20 mg dozada, ikkinchisi esa omeprazolga qo'shimcha ravishda shunga o'xshash doza, dibicorni kuniga 2 marta 500 mg dozada, yarali nuqsonlar chandiqlangunicha qabul qildi.

O'n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan tekshirilgan guruhlariga birgalikda patologiyasi bo'lmagan yoki barqaror remissiya davridagi kasalliklari bo'lgan bemorlar kiritilgan. Birinchi taqqoslash guruhi endoskopik va morfologik tadqiqotlarda 15 nafar amalda sog'lom insonlardan iborat bo'lib, ularda oshqozon shilliq qavatining patologiyasi aniqlanmagan.

Barcha bemorlar va sog'lom insonlar klinik, endoskopik, morfologik va immunogistokimyoviy tadqiqot usullarini o'z ichiga olgan yagona dastur bo'yicha tekshirildi. Ko'rsatmalarga ko'ra, organik kasalliklarni aniqlash maqsadida bemorlarga qorin bo'shlig'i a'zolarining (jigar, o't pufagi, oshqozon osti bezi) ultratovush tekshiruvi, qizilo'ngach, oshqozon va ichakning rentgenologik tekshiruvi, qorin bo'shlig'i tomirlarining kompyuter tomografiyasi va Doppler tekshiruvi o'tkazildi. Barcha tekshirilgan bemorlarga Olympus apparati yordamida oshqozon osti va tubining shilliq qavatining maqsadli biopsiyasi bilan, o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) o'tkazildi.

O'n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan og'rigan barcha bemorlar davolanishdan oldin va davolanish boshlanganidan 6 hafta o'tgach dinamikada tekshirildi. Tekshiruvdan o'tgan bemorlarni va sog'lom odamlarni tanlash namunaning reprezentativligi asosida amalga oshirildi. 18 yoshdan kichik va 60 yoshdan oshgan bemorlar so'rovdan chiqarildi, chunki bolalar, o'smirlar va keksa odamlarda hujayralarni yangilash jarayonlari yetuk yoshdagilardan farq qilishi mumkin. 81 nafar (46,3 %) erkak va 94 nafar (53,7 %) ayollar ko'rikdan o'tkazildi. Tez klinik ta'sirga erishish uchun tasdiqlangan dori-darmonlarni parenteral yuborish amalga oshirildi: selektiv M-antixolinergik gastrotsepin, gistamin H2 retseptorlari blokerlari (simetidin, ranitidin, famotidin) va proton nasos ingibitori - omez yoki losk. Yara yuzasini xlorid kislota ta'siridan himoya qilish uchun almagel, maaloks, fosfalugel, protab antacidlaridan foydalanildi. Oshqozon sekretsiyasi holatini nazorat qilish me'da shirasining fraksiyon o'rganish yoki endoskopik pH-metriya orqali amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, o'rganilayotgan guruhlardagi bemorlarda (B guruhidagi bemorlardan tashqari), jarayon yanada og'irlashgani

sababli, ko'rsatkichlarning pasayishi va immunitetning hujayrali aloqasidagi nomutanosiblik, ushbu nozologiyada asosiy himoyani ta'minlovchilar kuzatildi.

Shu bilan birga, davolanishdan keyin ijobiy dinamikaga ega bo'lgan bemorlarda (qayta qon ketishsiz) barcha o'rganilgan immunitet ko'rsatkichlari keyingi rivojlanayotgan qon ketishi bo'lgan guruhdagilarga qaraganda (mos ravishda A va B guruhlari) yuqoriroq va izchil edi.

Eradikatsion terapiya va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi qo'zishini davolashda taurin (Dibicor) dan foydalanish eradikatsion terapiya samaradorligini 18,5 % ga oshiradi boshqa turdagi klinik belgilarning namoyon bo'lishini kamaytiradi va o'n ikki barmoqli ichak yarasining chandiqlanish vaqtini qisqartiradi.

## **NUKUS SHAHRIDA ISTIQOMAT QILUVCHI MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARDA KARIESNING TARQALISH KO'RSATKICHLARINI O'RGANISH**

**Maxsetbaev D.P**

**Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti**

**Dolzarbliqi:** Bugungi kunda yosh bolalarda kariesning tarqalishi stomatologiyaning eng dolzarb muammosi hisoblanadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlari bo'yicha, maktabgacha yoshdagi bolalarda sut tishlarining kariesi 73,0 %, kichik yoshdagi bolalarda tish kariesining o'rtacha intensivligi – 4,76 ni tashkil etadi. O'zbekistonda bolalarning 65-70 foizi erta kariesdan aziyat chekadi va ushbu ko'rsatkich ayrim xududlarda 80-90 foizni tashkil etishi qayd etilgan. Tadqiqotlarga ko'ra, bolalar tishlarida karies paydo bo'lishining asosiy sabablari - noto'g'ri ovqatlanish, gipo- va avitaminoz, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoidalariga rioya qilmaslikdir. Bolalarda kariesning tarqalishida ekologik omillarning ahamiyati katta, ayniqsa, Janubiy Orolbo'yi hududida havoning ifloslanishi, ichimlik suvining sifati, suv tarkibida zarur mikroelementlarning (ftor, yod) keskin yetishmovchiligi salbiy ta'sirini ko'rsatmoqda.

**Tadqiqot maqsadi:** Nukus shahrida istiqomat qiluvchi maktabgacha yoshdagi bolalarda kariesning tarqalish ko'rsatkichlarini va uning sabablarini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari:** Nukus shahrida joylashgan 47-son davlat maktabgacha ta'lim muassasasi va “Весёлые цыплята” nomli nodavlat maktabgacha ta'lim muassasasidagi tarbiyalanuvchi bolalar tekshirildi. Tekshiruvdan o'tkazilgan bolalarning umumiy soni 158 ta bo'lib, ular yoshiga nisbatan to'rtta guruhga ajratildi: kichik (3-4 yosh), o'rta(4-5 yosh), katta (5-6 yosh) va maktabga tayyorlash (6-7yosh) guruhlari. Bolalarning tishlari stomatologik vizual usulda tekshirildi va bolalarning sut tishlarining holatiga baho berildi. Bolalarning tishlarining holatini baholashda JSST tomonidan tavsiya etilgan ko'rsatkichlardan foydalanildi va tishlarda kariesning tarqalishi standart formula yordamida aniqlandi.

**Tadqiqot natijalari:** Bolalarning tishlari stomatologik vizual usulda tekshirish davomida kariesning tarqalish holati, kariesning darajasi, kariesning lokalizatsiyasiga e'tibor qaratildi. Bunda har ikki muassasadan umumiy 158 bola tekshirilganda 135 tasida karies borligi aniqlandi va standart formulaga asoslanib karies tarqalishi 85,4 % ni tashkil qildi. Ikkita muassasa guruhlaridagi karies tarqalishi quyidagicha: kichik guruhda 87%, o'rta guruhda - 85%, katta guruhda - 87% va tayyorgarlik guruhida - 83%. Ya'ni barcha guruhlarda karies kasalligi tarqalishi deyarli bir xil ekanligi aniqlandi. Karies kasalligi aniqlangan bolalarda kariesning tishlarida joylashuvini aniqlash maqsadida bolalar yana 4 ta guruhga ajratildi va to'plangan ma'lumotlar bo'yicha deyarli barcha bolalarda katta oziq tishlarining chaynov yuzasi zararlanishi aniqlandi. Tish kariesining zararlanish darajasini baholashda

bolalarning 45 foizida o‘rtacha va chuqur karies borligi aniqlandi, bu tashvishli signaldir, chunki chuqur karies doimiy tishlarning shikastlanishiga va turli xil asoratlarga olib kelishi mumkin.

**Xulosa:** Tekshirish natijasida davlat va nodavlat (xususiy) maktabgacha ta‘lim muassasalarida tarbiyalanuvchi bolalarda karies bilan kasallanish darajasi bir xil ekanligi aniqlandi, ya‘ni bolalarning 85 foizida karies bilan kasallanish kuzatildi. Kariesning topografik tasnifi va joylashuvi bo‘yicha bolalarda katta oziq tishlarning fissuralarida karies ko‘proq tarqalgan. 45% bolalarda o‘rta va chuqur karies qayd etildi. Erta kariesning oldini olish va nazorat qilish uchun shaxsiy gigiena va sog‘lom ovqatlanish qoidalarini bilan maxsus o‘quv dasturlarini ishlab chiqish lozim. Muntazam ravishda profilaktik tibbiy ko‘rikdan o‘tilishi bolalarda kariesni barvaqt aniqlash va o‘z vaqtida davolashni ta‘minlashini, bu esa doimiy tishlar salomatligi garovi ekanligini tarbiyachi va bolalar ota-onalariga tushuntirildi va stomatolog-shifokorga murojaat qilishlari tavsiya etildi.

## **KORONOVIRUS KARANTINI DAVRIDA SOG‘LOM TURMUSH TARZINI KENG TADBIQ ETISH CHORA-TADBIRLARI VA UNGA AMAL QILISH HAQIDA**

**Mallayeva Mavjuda Maxramovna, Mallayeva Gulzoda Baxromovna  
Abu Ali Ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi. Jizzax. Do‘stlik.  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti**

**Dolzarbli:** Aholining sog‘lom turmush tarzi madaniyatini yuksaltirish chora tadbirlarini avvalo, oiladan boshlash lozim. «Sog‘lom turmush tarzi» O‘zbekiston Respublikasining Konstitutsiyasi, Inson huquqlari umumjahon Deklaratsiyasi, «Bola huquqlari to‘g‘risida»gi Konvensiya, O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti SH.M. Mirziyoyev nutq va ma‘ruzalarida ba‘n qilingan sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga oid fikrlar, O‘zbekiston Respublikasining «Ta‘lim to‘g‘risida»gi Qonuni, «Kadrlar tayèrlash bo‘yicha milliy dastur», «Jismoniy tarbiya va sport to‘g‘risida» gi Qonun, SHarq hamda Evropa olimlari va mutafakkirlarining sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga oid fikr va qarashlari mohiyatida o‘z ifodasini topgan. Sog‘lom turmush tarzi komponentlariga amal qilish yuqumli va yuqumli bo‘lmagan kasalliklarni oldini olishda asosiy omillardandir, shuninguchun unga har qanday sharoitda unga amal qilish shart. O‘zbekiston Respublikasida koronavirusning kirib kelishi va tarqalishining oldini olish yuzasidan keng ko‘lamli chora-tadbirlar amalga oshirilmogda. Aholining sanitariyaepidemiologik osoyishtalikni ta‘minlash, epidemiyaga qarshi kurashish va karantin qoidalariga rioya etilishi ustidan qat‘iy nazorat o‘rnatildi. Jumladan, 2020 yil 26 martda «O‘zbekiston Respublikasining Jinoyat, Jinoyat-protsessual kodekslarigahamda O‘zbekiston Respublikasining Ma‘muriy javobgarlik to‘g‘risidagi kodeksiga o‘zgartish va qo‘shimchalar kiritish haqida»gi Qonun qabul qilinib, karantin bilan bog‘liq qoidalarni buzganlik uchun javobgarlik choralari kuchaytirildi. O‘zbekiston Respublikasining Ma‘muriy javobgarlik to‘g‘risidagi kodeksiga karantinli va inson uchun xavfli bo‘lgan boshqa yuqumli kasalliklar paydo bo‘lishi va tarqalishisharoitida tibbiy yo‘sindagi majburlov chorasini qo‘llash qoidalarikiritildi. Karantinli va inson uchun xavfli bo‘lgan boshqa yuqumli kasalliklar paydo bo‘lishi èki tarqalishining oldini olish ishlarini to‘laqonli amalga oshirish maqsadida jamoat joylarida niqobsizyurganlik uchun jarima belgilandi. O‘zbekiston Respublikasiga koronavirusning kirib kelishi va tarqalishining oldini olish bo‘yicha choratadbirlar dasturini tayèrlash bo‘yicha respublika maxsus komissiyasi O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 29 yanvardagi F-5537-sonli Farmoyishi bilan tashkil etilgan.

**Maqsad:** Inson uchun xavfli bo'lgan yuqumli kasalliklar, jumladan koronavirus paydo bo'lishi va tarqalishi sharoitida tibbiy yo'sindagi majburlov chorasini qo'llash qoidalari kiritildi. Har bir shaxsning turmush tarzi kun sayin ro'yberaetgan voqea-hodisa, va turli o'zgarishlarning ta'siri ostida shakllanmoqda. O'zaro munosabatlarning o'zgaratgani insonlar ruhiyatiga ta'siretmokda. Natijada ularda o'z taqdiri, oilasi, jamoasi uchun zarur bo'lgan aqliy, hissiy va erkiga oid hatti-harakatlar tanlash mas'uliyatini oshirmoqda. Ular natijasida yuzaga keladigan yuqumli kasalliklar, asab kasalliklarining oldini olishda sog'lom turmush tarzi komponentlariga amal qilish asosiy profilaktik omillardandir.

**Tekshirish usullari va materiallar:** Aholining sanitariya epidemiologik osoyishtaligini ta'minlashda cheklovchi tadbirlar-karantin davrida aholining sog'lom turmush tarziga amal qilishidagi ayrim fikr mulohazalari bilish uchun aholi orasida on-layn usulida ijtimoiy so'rovnoma olib borildi. So'rovnomada qatnashganlar: 6%- Erkak |(15-17esh), 3%-Ael |(15-17 esh), 18%- Erkak |(18-24 esh), 10%- Ael |(18-24 esh), 24%- Erkak (25-34 esh), 13% Ael (25-34 esh), 11% - Erkak |(35-44esh), 7%- Ael (35-44 esh), 4%- Erkak (45-64esh), 4% Ael |(45-64 esh). Natijalar va muhokama: Anketa savolariga javoblar o'rganib chiqilib, tahlil qilindi. Sog'lom ovqatlanish tarzi bo'yicha nimalarga amal qilayapsiz? 18% - qovurilgan va eg'li taomlarni kam eyapman, 18% - ko'proq sabzavot eyapman, 6% -shakar iste'mol qilishni to'xtatdim, 4% -pishiriq va qandolat mahsulotlaridan tiyildim, 6% - taomlar tuzi pastroq bo'lishiga harakat qilyapman, 11%- gazli 55ichimliklarni to'xtatdim, 37% - anchadanberi to'g'ri ovqatlanish tartibiga o'tganman. Karantin davrida ro'zg'or uchunzarur bo'lgan birlamchi mahsulotlarni xarid qilishda turmush tarzining o'zgardimi? 15%-ko'chaga kamroq chiqish uchun bir oyga etadigan oziq-ovqat mahsulotlari sotib olyapman; 42%-ko'chaga kamroq chiqish uchun bir haftaga etadigan oziq-ovqat mahsulotlari sotib olyapman; 17% - ko'chaga kamroq chiqish uchun uch kunga etadigan oziq-ovqat mahsulotlari sotib olyapman; 7-8% karantinga qaramasdan, har kuni oziq-ovqat mahsulotlari sotib olyapman; 18%-ko'chaga kamroq chiqish maqsadida ko'plab odatiy oziq-ovqat mahsulotlaridan voz kechdim. Ruhiy holatingizni qanday baholaysiz? 50%- har doimgidek, 30%-bir oztashvishli, 7%-kuchli tashvishdaman, 4%-deyarli vahimadaman, 9%-bilmayman. Agar karantinni oila davrasida o'tkazaetgan bo'lsangiz, munosabatlarda nimalar o'zgardi? 16%-bir-birimizni yaxshiroq tushuna boshladik, 29%- oilamizni ko'proqqadrlay boshladik, 13%-janjal ko'paydi, 3%-ajrashish va boshqa hech qachon ko'rishmaslik istagi paydo bo'ldi, 39%-hech narsa o'zgarmadi. Nafas a'zolarini himoya qiluvchi qanday vositalardan foydalanyapsiz? 34% - dokali niqob (ko'p marta ishlatishga mo'ljallangan), 27%-matoli niqob (ko'p marta ishlatishga mo'ljallangan), 18% - uch qatlamli tibbiyot niqobi (bir martalik), 11%-jarrohlik niqobi (bir martalik), 4%-respirator, 6%- hech narsadan foydalanmayapman. Epidemiya davrida o'zingizni qaysiodamlar toifasiga mansub deb hisoblaysiz? 26%-boshqalarga ko'proq erdam berishga harakat qilayapman, 11%-yangi biznes eki biznes-loyiha ustida isholib borayapman, 6%-boshqalardan erdam kutayapman, 57%- haet tarzim avval qanday bo'lsa, hozir ham shunday. Karantin davrida uyda nima bilan mashg'ul bo'lyapsiz? 48%- ko'p vaqtimni oilam bilan birga o'tkazyapman, 13%- anchadan beri qiziqib yurgan narsamni o'rganishga kirishdim, 11%-ovqat eb, uxlayapman, 5%-jismoniy mashqlar bilan shug'ullanyapman, 14%-hech narsa, chunki vaqt yo'q, ish ham ko'paydi, 9%-hech narsa, chunki hech narsaga ishti eq yo'q.

**Xulosa:** O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2020 yil 23 martdagi «Koronavirus infeksiyasi tarqalishiga qarshi qo'shimcha chora tadbirlar to'g'risida 176-sonli qarorining 12-bandiga muvofiq, Maxsus komissiyaning o'z vakolatlari doirasida qabul qilgan qarorlari idoraviy bo'ysunuvi va tashkiliy-huquqiy shaklidan qat'i nazar, barcha tashkilotlar va ularning mansabdor shaxslari, shuningdek fuqarolar tomonidan bajarilishi majburiy hisoblanadi. Buning uchun esa eng avvaloshaxsiy va ijtimoiy miqesda sog'lom turmushni

tashkil etish talab etiladi va sog‘lom turmush tarzini shakllantirishning asosiy yo‘nalishlari va amalga oshirish yo‘llarini bilishi kerak. Karantin davrida uyda sog‘lom yashash tarzi komponentlariga amal qilish, aholining tibbiy madaniyatining oshganligini ko‘rsatdi va yanada oshirish uchun O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining “Sog‘lom turmush tarzini keng tatbiq etish va ommaviy sportni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi farmoni asosida:

aholi o‘rtasida sog‘lom ovqatlanish madaniyatini keng targ‘ib qilish, shu jumladan, tartibsiz va kechki uyqu oldidan ovqatlanish odatlaridan voz kechish;

sanitariya-gigiena qoidalariga rioya etilishini oilalar, mahallalar, maktabgacha ta‘lim va umumta‘lim muassasalari darajasida sog‘lom turmush tarzining ajralmas qismi sifatida targ‘ib qilish;

maktabgacha ta‘lim, umumta‘lim, o‘rta maxsus, professional va oliy ta‘lim muassasalarida, korxonalar, tashkilot va boshqa turdagi barcha muassasalarda jismoniy tarbiya va sport bilan shug‘ullanish uchun zamonaviy moddiy-texnika bazasini shakllantirish.

aholi turli guruhlarining sog‘lom ovqatlanishga bo‘lgan ehtiyojlarini qondirishni ta‘minlaydigan shart-sharoitlar yaratish, tarkibida tuz, qand va yog‘ miqdori ko‘p bo‘lgan hamda xamirli taom va shirinliklarni, non mahsulotlarini iste‘mol qilishni qisqartirish, zararli odatlardan, xususan, alkogol va tamaki mahsulotlarini iste‘mol qilishdan voz kechish yo‘li bilan kasallikka chalinish, ortiqcha vazn holatlari (semizlik) va bevaqt vafot etishni kamaytirishning asosiy omillari ekaligini targ‘ib etishni taqozo qiladi.

## **QANDLI DIABET BEMORLARDA DIABETIK RETINOPATIYANI SKRINING TEKSHIRUVI**

**Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.  
Andijon davlat tibbiyot instituti.**

**Tadqiqot maqsadi:** Qandli diabet kasalligi dunyo bo‘ylab tez sur‘atlarda tarqalib borilayotgan noinfeksion surunkali kasallik bo‘lib, qonda insulin miqdorining mutloq yoki nisbiy yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Natijada qonda qand miqdorining normaga nisbatan bir necha barobar ortishi qon tomirlar devorida destruktiv o‘zgarishlarni keltirib chiqaradi. Buning ortidan to‘qimalarda o‘zgartirib bo‘lmas organik distrofik jarayonlar jadallik bilan rivojlanadi. Kasallikning salbiy oqibati bemorlarda kelib chiqadigan og‘ir asoratlar: diabetik retinopatiya, nefropatiya, neyropatiya, diabetik to‘piq sindromi kabilar. Asoratlarning yuzaga kelishi ko‘p xollarda bemorlarda hayotining ilk davrida mehnat qobiliyatini cheklanishi yoki nogironlik kelib chiqishi bilan yakunlanadi. Ayniqsa diabetik retinopatiya bemorlarda kelib chiqadigan ilk asorat xisoblanib, kasallikka be‘etibor bo‘lish va vaqtida davolanmaslik tufayli bemorlarda ko‘rish o‘tkirligini pasayishi va keyinchalik ko‘rlikni kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Xozirgi kunda oftalmologlarning bu sohadagi asosiy vazifasi diabetik retinopatiyani aniqlab davolashdan ko‘ra kasallikni ilk belgilarini aniqlab, asoratlarni chuqurlashmasligini ta‘minlashdan iborat. Shu maqsadda qandli diabet bilan xastalangan bemorlarda skrining tekshiruv o‘tkazib va diabetik retinopatiyani ilk belgilarini aniqlab, kerakli profilaktik tadbirlar o‘tkazilmoqda. Shu maqsadda Andijon viloyat endokrin kasalliklar dispanserida qandli diabet bemorlarda skrining tekshiruv o‘tkazildi.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Tekshiruvga qandli diabetning 1 va 2 – tur 84 ta bemorlar qamrab olindi. 1 – tur 25 ta, 2 – tur 59 ta. Yoshi 10 – 65 yoshgacha. Ayollar 40 ta, erkaklar 45 ta. Qandli diabet bilan kasallanish staji 1 – 7 yilgacha. Bemorlarni xar birida ko‘rish o‘tkirligi, ko‘rish maydoni, ko‘z tubi chuqurlashtirilgan tekshiruvdan o‘tkazildi. Bulardan tashqari qondagi qand miqdoriga xam axamiyat berildi. Bemorlarning xayot

faoliyat, aqliy va jismoniy mehnat jarayoni xam tekshirildi. Kasallikni nazorat qilish jarayoni xam chuqur tekshiruvdan o'tkazildi. Bemorlarning birortasi ko'rish o'tkirligi pastligiga shikoyat qilmagan va oftalmolog tekshiruviga kam qatnagan.

**Tadqiqot natijalari:** Olib borilgan skrining tekshiruvida bemorlarning 66 tasida diabetik retinopatiyaning ilk belgilari aniqlandi. Ularning hammasi qandli diabetning 2 – turiga mansub, kasallanish staji 1 – 7 yilni tashkil etadi. Bu bemorlarda ko'rish o'tkirligi 0,8 – 0,9 ni tashkil etadi. Ko'rish maydoni o'zgarmagan. Ko'z tubida to'r parda qon tomirlarida kengayishlar, mikroanevrizmalar, nuqtasimon gemorragik o'choqlar aniqlandi. Qondagi qand miqdori odatda 8,5 – 10,5 mmoll ni tashkil etadi. Bemorlarni keyinchalik kelib chiqishi mumkin bo'lgan ko'rish o'tkirligini keskin pasayishi yoki ko'rlikni oldini olish maqsadida kerakli ko'z kasalliklar shifoxonasiga chuqur tekshiruvdan o'tkazish va davolash profilaktik tadbirlarini olib borish uchun yo'naltirildi. Qondagi qand miqdorini normada olib borilishini ta'minlash maqsadida endokrinolog maslaxatiga yuborildi. Qolgan 8ta bemorlarda ko'z olmasida va to'r pardada xech qanday degenerativ o'zgarishlar va diabetik retinopatiyaning ilk belgilari aniqlanmadi.

**Xulosa:** O'tkaziladigan skrining tekshiruvi orqali bemorlarda diabetik retinopatiyani ilk belgilarini aniqlash va diabetik retinopatiyaning og'ir bosqichlarini rivojlanishini chegaralab qolish mumkin, buning natijasida bemorlarda kelajakda kelib chiqishi mumkin bo'lgan ko'rish o'tkirligini pasayishi yoki ko'rlikni oldini olishda muxim ahamiyatni kasb etadi. Bundan tashqari vaqtida o'tkaziladigan skrining tekshiruvlari bemorlarni nogironlikdan va davolanish uchun ketadigan iqtisodiy sarf xarajatlardan saqlaydi. Kelajakda qonlagi qand miqdorini normada olib yurish, endokrinolog maslaxatiga qat'iy amal qilish, xar 6 oy da oftalmolog tekshiruviga qatnash diabetik retinopatiyani oldini olishda va og'ir bosqichlariga o'tishida muxim profilaktik tadbir sanaladi.

## **1 – TUR QANDLI DIABET BEMORLARDA ASORATLI KATARAKTANI TARQALISHI**

**Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** Qandli diabet kasalligi insonlarda qonda insulin miqdorining mutloq yoki nisbiy yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Qonda erkin glyukoza miqdorining normaga nisbatan ortib borishi organizada o'zgartirib bo'lmas asoratlarga olib keladi. Bu asoratlardan: diabetik retinopatiya, asoratli katarakta, nefropatiya, neyropatiya, diabetik to'piq sindromi kabilarni ko'p uchratishimiz mumkin. Ko'z olmasida diabetik retinopatiyadan tashqari ko'z gavharida kelib chiqadigan loyqalik katarakta kasalligini xam uchratishimiz mumkin. Odatda katarakta kasalligi insonlarda 55 yoshdan so'ng fiziologik xolatda ko'p xollarda uchraydi. Lekin qandli diabet kasalligida ham kataraktani odamning erta yoshida ham uchratish mumkin. Sababi ko'z gavhari glyukozaga sezgir, glyukozani o'ziga tortuvchi tuzilma xisoblanadi. Qonda glyukoza miqdorining normaga nisbatan ko'p miqdorda ortib borishi ko'z gavharida erkin glyukoza miqdorining ortib to'planishiga yoki moddalar almashinuvi natijasida xosil bo'lgan qoldiq moddalarning so'rilish jarayonining susayib borishi gavharning loyqalanishiga sabab bo'ladi va katarakta kasalligini kelib chiqishiga turtki bo'lib xizmat qiladi. Shuning uchun qandli diabetning ilk davrlarida bolalarda, o'smir va yoshlarda ko'z olmasida diabetik retinopatiyadan ko'ra asoratli katarakta belgilari ko'p uchraydi. Xozirgi kunda oftalmologiyada 1 – tur qandli diabet bemorlarda asoratli kataraktani jarrohlik yo'li bilan davolash amaliyotlari va kataraktaning boshlang'ich etaplarida xozirgi kunda endi rivojlanayotgan konservativ usullarida davolash ishlariga

e'tibor qaratilmoqda. Biz Andijon viloyat endokrin kasalliklar dispanserida 1 – tur qandli diabet bemorlarda skrining tekshiruvini o'tkazdik va asoratli kataraktani tarqalishini taxlil qildik.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Tekshiruvga qandli diabetning 1 – tur bolalar, o'smirlar va yoshlardan iborat 74 ta bemorlar tanlab olindi. Yoshi 4 – 29 yoshgacha. Qizlar 35(47%) ta, o'g'il bolalar 39(53%)ta. Qandli diabet bilan kasallanish staji 6 oydan 15 yilgacha. Hammasi insulin oluvchilar. Bemorlarni har birida ko'rish o'tkirligi, ko'rish maydoni tekshirilib, oftalmoskopiya va biomikroskopiya qilindi. Bulardan tashqari qondagi qand miqdoriga ham ahamiyat berildi. Kasallik davri, xayot tarzi, kasallik tarixlari, mehnat qobiliyati, jismoniy va aqliy faoliyatlari chuqur o'rganildi.

**Tadqiqot natijalari:** O'tkazilgan tekshiruv davomida quyidagilar aniqlandi: bemorlarning 52(70%) tasida asoratli katarakta belgilari aniqlandi. Ulardan 13(25%)tasida yetilmagan katarakta, 39(75%) tasida boshlang'ich katarakta aniqlandi. Yetilmagan asoratli katarakta aniqlangan bemorlarda kasallanish staji 7 – 15 yilni, boshlang'ich asoratli kataraktali bemorlarda 4 – 10 yilni tashkil etadi. Bemorlarda ko'rish o'tkirligi 0,2 – 1,0 ni tashkil etadi. Yetilmagan asoratli katarakta aniqlangan bemorlarda ko'z tubida diabetik retinopatiyaning dastlabki belgilari xam aniqlandi. Ko'rish maydonida skotomalar aniqlandi. Ko'z gavhari tekshirilganda nuqtasimon va dog'simon loyqalıklar aniqlandi. Qondagi qand miqdori odatda 9,0 – 15,0 mmoll ni tashkil etadi. Bemorlarni ko'rish o'tkirligini tiklash maqsadida ko'z kasalliklar bo'limiga davolanishi uchun yuborildi. Asoratli katarakta kasalligi aniqlangan bemorlarda ular insulin preparatini kasallikning dastlabki yillarida endokrinolog tavsiyasiga binoan vaqtida qabul qilishmagan, belgilangan parxez qoidalariga amal qilishmagan. Oftalmolog ko'ruviga vaqtida borishmagan. Yetilmagan asoratli katarakta aniqlangan bemorlar boshlangich katarakta kasalligi aniqlanganda tavsiya etilgan konservativ davo choralariga e'tibor qaratishmagan.

**Xulosa:** O'tkaziladigan tekshiruv orqali ko'rinib turibdiki, qandli diabet 1 – tur bemorlarda kasallikning dastlabki yillarida ko'z olmasida bemorlarning uchdan ikki qismida asosan asoratli katarakta belgilarini kuzatish mumkin. Diabetik retinopatiya esa keyinchalik kelib chiqadi. 1 – tur qandli diabet bemorlarda insulin preparatini belgilangan miqdorda va belgilangan vaqtda qabul qilish nafaqat diabetik retinopatiya profilaktikasida balki asoratli katarakta kasalligi oldini olishda muxim ahamiyatni kasb etar ekan. Juda ko'p xolatlarda qandli diabetning dastlabki yillarida qondagi qand miqdorini normada olib yurish va muntazam oftalmolog ko'ruviga qatnashish katarakta kasalligini erta aniqlash va jarayonning jarrohlik yo'li bilan davolashgacha olib bormaydi.

## **TIBBIY MA'LUMOTLARNI QAYTA ISHLASHNING TASHKILY-NAZARIY ASOSLARI.**

**Mamatov Maxtuquli Jumanazarovich**  
**Denov tadbirkorlik va pedagogika instituti**

**Annotatsiya:** Ushbu tezisda axborotlarning inson hayotida naqadar muhim va tezkorlik bilan ortib borayotgani ayniqsa tibbiyot sohasida bu ma'lumotlardan unumli foydalanish, ma'lumotlar yig'ish usullari, ularni o'zgartirish tahlil qilish va hulosalar chiqarishning tashkiliy asoslari haqida ma'lumotlar berilgan. Tibbiy ma'lumotlar va ularni qayta ishlashning nazariy asoslari, tibbiy ma'lumot ko'rinishlari va tibbiy ma'lumotlarni tahlil qilishning bosqichlari, "kasallik tarixi" ni yozib olish va bu yozilgan ma'lumotlar asosida tashxis qo'yish usullari keng yoritilgan.

**Kirish:** Har bir inson o'zining ish va hayot faoliyatida ko'plab axborotlarni yig'adi, tahlil qiladi va ular asosida hulosalar chiqaradilar. Zamonaviy kompyuter texnologiyalarining

paydo bo‘lishi insonlar uchun ko‘plab qulayliklar yaratdi va axborotlarni qabul qilish, saqlash va natijalarni chiqarishda asosiy resurslardan biri bo‘la boshladi.

Hozirgi vaqtda axborotlashtirish inson faoliyatining ajralmas bir qismiga aylanib bo‘ldi. Ma‘lumotlar almashinuvi qog‘oz ko‘rinishdan raqamli ko‘rinishga o‘tkazilib ish jarayonlarini olib borish qulay ko‘rinishga keltirildi. Inson faoliyatining barcha sohasida ish jarayonini tashkil etish uchun albatta ma‘lumotlarni olish, qayta ishlash va uzatish kerak. Barcha sohada bo‘lgani kabi tibbiyot sohasida ham ma‘lumotlar oqimi juda ko‘p bo‘lib, boshqa soha ma‘lumotlaridan farqi tibbiy ma‘lumotlar bilan ishlash inson sog‘ligi va hayoti bilan bog‘liq muammolarni bartaraf etishi mumkin.

**Asosiy qism:** Tibbiy ma‘lumotlarni qayta ishlash- turli texnologik va saralash usullaridan foydalangan holda tibbiy ma‘lumotlarni olish, to‘plash, o‘zgartirish, tahlil qilish va yaxlitlash orqali yuqori samara beradigan ma‘lumot sifatida foydalanish tushuniladi. Bu hali to‘liq mukammal bo‘lmagan tibbiy ma‘lumotlarni tadqiq qilish, o‘rganish orqali klinik tashxis qo‘yish, qarorlar qabul qilish va inson sog‘ligini saqlashni doimiy ravishda nazorat qilishni anglatuvchi tushunchadir.

Tibbiy ma‘lumotlarni qayta ishlash bu keng ko‘lamli tushuncha bo‘lib, u quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi:

1. Ma‘lumotlarni to‘plash. Raqamli tibbiyot dasturlari, zamonaviy axborot texnologiyalardan foydalanib olingan tibbiy tasvirlar, topshirilgan laboratoriya testi natijalari, hozirgi kunda inson sog‘ligi haqida ma‘lumot berib turadigan turli qurilmalar va bemorlarning o‘zi tomonidan berilgan shikoyatlar va qo‘shimcha ma‘lumotlar kabi turli manbalardan tibbiy ma‘lumotlarni to‘plash.

2. Ma‘lumotlarni saqlash. Qog‘oz ko‘rinishidagi ma‘lumotlarni va turli elektron tizimdagi tibbiy ma‘lumotlarni xavfsiz saqlash, bu ma‘lumotlarni bemorning ruxsati bilan olib, boshqa bir shaxslarning shaxsiy tibbiy ma‘lumotlarni olishi, o‘zgartirishi va tarqatishining oldini olgan holda nazorat qilib turushdir. Jahonning rivojlangan davlatlarida tibbiy axborot xavfsizligi uchun maxsus tizimlar bo‘lib, bunday tizimlar hozirgi axborot xavfsizligiga katta e‘tibor berishimiz lozim bo‘lgan zamonaviy texnologiyalar davrida juda muhimdir.

3. Ma‘lumotlarni saralash va qayta ishlash. Olingan tibbiy ma‘lumotlarni ko‘rib chiqqan holda tahlil qilib, ichidagi keraksiz, noto‘g‘ri yoki yolg‘on ma‘lumotlarni olib tashlash, tibbiy ma‘lumotlarni olingan vaqt va joriy vaqtdagi o‘zgarishlarni inobatga olish orqali ma‘lumotlarni tahlil qilish uchun tayyorlash.

4. Ma‘lumotlarni tahlil qilish. Saralangan ma‘lumotlarni statistik, hisoblash, kuzatish va avtomatlashtirilgan dasturiy vositalar orqali tahlil qilib mukammal ma‘lumotlar to‘plamiga ega bo‘lish.

5. Qaror qabul qilish. Tibbiy ma‘lumotlarni turli qayta ishlash vositalari va algoritmlardan foydalangan holda tibbiyot hodimlari uchun bemorning sog‘ligi haqidagi tibbiy qarorlarini qabul qilish va uning kasalligiga aniqroq tashxis qo‘yish, bemorning davolanish rejalarini ishlab chiqish.

6. Hulosa chiqarish va natijalarni baholash. Barcha tibbiy ma‘lumotlarni qayta ishlash jarayonlari bajarilgandan keyin natijalarni yana bir bor o‘rgangan holda bemor haqidagi yaxlit hulosalarni taqdim etish.

Tibbiy ma‘lumotlarni samarali tahlil qilish va o‘rganish hozirgi zamonaviy tibbiyotning muhim jihatlaridan biridir. Bu bemor haqidagi to‘liq tibbiy ma‘lumotlarni olish natijasida bemor salomatligi uchun muhim bo‘lgan tibbiy tashxisni qo‘yish mumkin bo‘ladi.

Tibbiy ma‘lumotlarni qayta ishlashning tashkiliy asoslaridan eng muhimi bu “kasallik tarixi” hisoblanadi.

Kasallik tarixi-tibbiyot muassasalarida har bir bemor uchun tutiladigan muhim hujjatdir. Bemorning qanday kasallik bilan og'rikanini aniqlash va davolash uchun zarur ma'lumotlar, kasallik davomida bemorda kechayotgan o'zgarishlar, bemorga tavsiya etilgan davolash choralari va maslahatlari qayd etiladi. Hulusa qismida kasallik tashhisi va amalga oshirilgan davo choralari asoslab beriladi. Bemor vafot etgan taqdirda kasallik tarixiga potologoanatomik tekshirish bayonnomasi ilova qilinadi. Kasallik tarixi kerak bo'lgan hollarda sud-tibbiyot tergovlarini olib borish uchun muhim manba bo'ladi. "Kasallik tarixi" uchun amalga oshirilgan so'rovlar kasallik turiga qarab o'zgaruvchan bo'lishi mumkin.

**Xulosa:** Har qanday ma'lumotlarni qayta ishlash jarayoni ma'lumotlarni to'plashdan boshlanadi. Kerakli ma'lumotlarni tezkor va sifatli olish qayta ishlashning boshlang'ich yutuqlaridan biri hisoblanadi. Tibbiy ma'lumotlarni to'g'ri va kerakligini to'plash shifokorlar bemorga aniq tashxis qo'yishga yordam beradi. Ma'lumotlarni qayta ishlashning asosiy usullaridan biri bu "kasallik tarixi" ni yaratib olish hisoblanadi. Bu hujjat aniq va kerakli so'rovlar orqali amalga oshirishga bemor va tibbiy muassasa uchun kelajak rejalarini tuzib olishga yordam beradi.

### OIV – INFITSIRLARGANLARDA TEKSHIRUV USULLARINING SAMARADORLIGI

**Mamatxujaev Azamat Saidakbarovich**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**

OIV/OITS infeksiyasi bilan dispanser nazoratida turgan oilali bemorlarni turmush o'rtoqlarini OIVga har 6 oyda tekshirish kasallikni jinsiy yo'l orqali yuqishini nazorat qilib borish imkonini beradi.

**Tadqiqot maqsadi:** OIV infeksiyani jinsiy yo'l bilan yuqishini oldini olish va aholi o'rtasida kasalliklar sonini kamaytirish, vaqtida to'g'ri himoyalashga o'rgatish. Xozirgi kunda OIV infeksiyasini aksariyati jinsiy yo'l bilan yuqayotganligi epidemiologik surishtiruvlarda o'z tasdig'ini topmoqda. Shuning uchun diskordant juftliklar o'rtasida vaqtida o'tkazilgan tekshiruvlar ahamiyati kattadir.

**Tadqiqot material va usullari:** Andijon viloyat OITSga qarshi kurash markazida tayyorlanagan ma'lumotlarga asosan 2022-2023 yillarda tekshiruvdan o'tgan diskordant juftliklar va jinsiy sherik sifatida tekshiruvdan o'tgan fukorolarning 96 nafarida OIV infeksiyasi aniqlangan. Bu esa bu kontingent o'rtasida profilaktik tadbirlarni yanada kuchaytirish lozimligini ko'rsatadi.

**Tadqiqot natijalari:** Diskordant juftliklar orasida oxirgi ikki yil ichida 96 nafar shaxslarda OIV infeksiyasi aniqlanib dispanser nazoratiga olingan. Bugungi kundagi mavjud muammolardan biri OIV infeksiyali shaxslarning sog'lom jinsiy sheriklari (diskordant juftliklar) himoyalangan jinsiy aloqaga to'g'ri baho bermasligi, vaqtida murojaat etmasligi, shuningdek davriy tekshiruvlardan to'liq o'tishga beetiborliklari bo'lib qolmoqda. Ta'kidlanganlarni e'tiborga olib, OIV infeksiyali bemorlarning sog'lom jinsiy sheriklari ayniqsa OIV yuqishi ehtimoli yuqori bo'lgan aholi o'rtasida OIV infeksiyasini yuqish yo'llari, ushbu infeksiyadan saqlanish usullari targ'ibotini kuchaytirish, tibbiy madaniyatini oshirish ishlarini samaradorligini oshirish zarur bo'ladi.

**Xulosa:** Yuqoridagilardan kelib chiqib, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining 2018 yil 30 apreldagi 277-sonli buyrug'iga asosan, diskordant juftliklarni OIVga yiliga 2 marta tekshirishni tashkil etish OIV infeksiyasini erta tashxislashga imkon beradi.

**BUYRAKLAR DISFUNKSIYASI BILAN KASALLANGAN SURUNKALI YURAK  
YETISHMOVCHILIGI BO‘LGAN BEMORLARDA HAYOT SIFATI  
KO‘RSATKICHLARINI BAHOLASH**

**Masharipova D.R., Tagayeva D.R., Ibabekova Sh.R., Dusanova N.M., Utemuratov  
B.B., Mirzayev R.X., Xusanov R.A.**

**“Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot  
markazi” Toshkent, O‘zbekiston**

**Tadqiqot maqsadi:** Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYUE) bo‘lgan va buyraklar funksiyasi buzilgan bemorlarning hayot sifatini o‘rganish.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Tadqiqotda 40 yoshdan 65 yoshgacha bo‘lgan SYUE bilan kasallangan 208 ta bemor ishtirok etdi. Bemorlar 6 daqiqalik yurish testi (ODYuS) natijalariga ko‘ra NYHA bo‘yicha funksional sinflarga (FC) bo‘lingan. 1-guruh - I FC SYUE bilan 62 ta bemor, 2-guruh - II FC SYUE bilan 81 ta bemor va 3-guruh - III FC SYUE bilan 65 ta bemordan iborat. Nazorat guruhi 30 nafar sog‘lom ko‘ngillilardan iborat edi. Tadqiqotga qandli diabet bilan kasallangan bemorlar, shuningdek, buyraklarida o‘smalari bo‘lgan bemorlar kiritilmagan. Barcha bemorlarda kreatinin (Kr) darajasi aniqlangan va koptokchalar filtratsiya tezligi (hKFT) CKD-EPI formulasi yordamida hisoblangan.

**Tadqiqot natijalari:** Olingan ma‘lumotlarning tahlili shuni ko‘rsatdiki, I FC SYUE bilan kasallangan bemorlarda KFT  $88,4 \pm 9,1$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, II FC SYUE bilan  $76,1 \pm 15,4$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> va III FC SYUE bemorlarda esa  $63,3 \pm 11,0$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>ni tashkil etgan. Shu bilan birga, KFT  $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlar I FC SYUE bilan kasallangan bemorlarda 14,6% ni, II FC SYUE bilan bemorlarda 33,3% ni va III FC SYUE bilan bemorlarda 64,6% ni tashkil qiladi. Buyraklarning funksional holatiga qarab ODYuS natijalariga ko‘ra jismoniy mashqlarga chidamlilikni o‘rganish, KFT  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlarda ODYuS  $354,6 \pm 20,8$  m va KFT  $<60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlarda -  $236,0 \pm 8,84$ m ekanligini aniqlandi. SYUE bilan kasallangan bemorlarda klinik holatni baholash shkalasi (KHBSH) ko‘rsatkichi KFT  $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlarda KFT  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlar guruhiga nisbatan  $8,3 \pm 0,67$  ball bo‘lgan va bemorlarda kasallikning yanada og‘ir klinik kechishini tavsiflagan bo‘lib, ulardan bu ko‘rsatkich mos ravishda  $5,4 \pm 0,51$  ballni tashkil qildi. Minnesota so‘rovnomasiga ko‘ra bemorlarning hayot sifatini baholash shuni ko‘rsatdiki, Hayt sifati ko‘rsatkichlarini SYUE bilan kasallangan bemorlarda umumiy indeks I FC SYUE da  $24,3 \pm 2,23$  ball, II FC SYUE bo‘lgan bemorlarda -  $36,7 \pm 1,98$  ball, III FC SYUE bilan kasallangan bemorlarda -  $47,9 \pm 3,44$  ballni tashkil qildi, va ODYuS da olingan natijalar bilan sezilarli darajada teskari korrelyatsiya ( $r = -0,92$ ) aniqlandi. Buyraklarning funksional holatiga qarab hayot sifati ko‘rsatkichlarini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, KFT  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlarda bu ko‘rsatkich  $36,2 \pm 2,24$  ballni, KFT  $<60$ ml/min/1,73m<sup>2</sup> bo‘lgan bemorlarda -  $49, 2 \pm 5,13$  ballga teng bo‘ldi.

**Xulosa:** Buyrak disfunktsiyasi bo‘lgan SYUE bilan kasallangan bemorlarda klinik kyechish, kasallikning rivojlanishi, hayot sifati va hayot prognozi o‘rtasidagi bog‘liqlikni har tomonlama o‘rganish ODYuS parametrlari va hKFT o‘rtasidagi to‘g‘ridan-to‘g‘ri yuqori darajadagi korrelyatsiyani, ammo hayot sifati ko‘rsatkichlari bilan teskari korrelyatsiyani ko‘rsatdi.

## KO‘KRAK BEZI SARATONIDA LIPID PROFILI KO‘RSATKICHLARINING O‘ZGARISHLARINING TANA VAZNI INDEKSIGA BOG‘LIQLIGI

M.A.Mirzayeva, B.U.Iriskulov.  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi,

**Kirish:** Lipid almashinuvining buzilishi yurak qon-tomir kasalliklari va qandli diabet kabi metabolizm buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar namoyon bo‘ladi. So‘nggi tadqiqotlar lipidlarning saraton mikromuhitiga ta‘sir etishi haqida xulosa bermoqda. Plazma lipidlari va lipoproteinlar boshqa omillar masalan, vazn ortishi bilan birgalikda ko‘krak bezi saratoni uchun xavf omili bo‘lishi mumkin. Ushbu maqolada ko‘krak bezi saratoni(KBS)da qon lipid profili o‘zgarishlari qanday namoyon bo‘lishini o‘rganish natijalarini taqdim etdik.

**Material va metod:** Tadqiqot uchun 55 nafar erta va mahalliy tarqalgan bosqichdagi ko‘krak bezi saratoni mavjud bemorlar Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi davolanayotgan bemorlardan saralab olindi. Och qoringa bemorlar tirsak venasidan 2 ml miqdorida qon yig‘ildi. Qon plazmasidagi turli fraksiyadagi lipidlar holatini baholash maqsadida “SPINREACT”(Ispaniya) diagnostik to‘plamidan foydalanildi. Bemorlarda lipid profilini ko‘rsatkichlari – umumiy xolesterin(UX), trigliseridlar(TG), zichligi yuqori lipoproteinlar(ZYLP), zichligi past lipoproteinlar(ZPLP), zichligi juda past lipoproteinlar (ZJPLP)ning zardob miqdori aniqlandi. Aterogenlik indeksi(AI) formula asosida hisoblandi. Semizlik mavjudligiga ko‘ra 2 guruhga ajratildi. 1-guruh 31 nafar semizlik mavjud. 2-guruh 24 nafar normal va ortiqcha vaznli bemorlarga ajratildi(T-1 va T-2). Natijalarni solishtirish uchun 58 nafar sog‘lom ayollar nazorat guruhida tekshirildi(N-1 va N-2).

**Natijalar:** UX miqdori  $TVI \geq 30\text{kg/m}^2$  bo‘lgan sog‘lom va KBS tashxisli ayollarda boshqa guruhlariga nisbatan yuqori, ammo o‘zaro yaqin ko‘rsatkichlarni bermoqda(Mean – 6.1 va 5.9, tegishlicha). TVI  $30\text{kg/m}^2$  dan past bo‘lgan KBS li guruhda esa o‘rtacha ko‘rsatkich  $5.16 \pm 0.55$ . TG semizlik mavjud( $2.36 \pm 0.22$ ) va KBS( $2.1 \pm 0.21$ ) guruhlarda yuqori( $p > 0,05$ ), T-1 va N-1 guruhlarda( $1.64 \pm 0.12$  va  $1.48 \pm 0.1$ , tegishlicha) quyi ko‘rsatkichlarni ko‘rsatmoqda( $p < 0,05$ ). YuZLP N-1 guruhda ushbu LP  $1.42 \pm 0.04$  mmol/l bo‘lib, qolgan barcha guruhlarda N-2, T-1, T-2 larda  $M \pm \sigma$  qiymati tegishlicha  $1 \pm 0.33$ ,  $1.3 \pm 0.02$ ,  $1.2 \pm 0.04$  mmol/l bo‘lib, YuZLP ning qon plazmasidagi miqdorining kam ekanligini ko‘rsatmoqda( $p < 0,05$ ). ZPLP va ZJPLP larning miqdorlari guruhlarda N-1 – T-1 - T-2 – N-2 tartibida ortib boradi. Ammo bizning tadqiqotimiz natijalari ko‘rstamoqdaki, KBS li bemorlarda AI semizlik va MS mavjudligidan qat‘i nazar, norma chegarasida. Faqatgina MS mavjud bo‘lgan nazorat guruhidagina AI ko‘rsatkichi yuqori( $4.53 \pm 0.26$ )( $p > 0,05$ ).

**Xulosa:** Ko‘krak bezi saratoni lipid profili ko‘rsatkichlari  $TVI 25\text{kg/m}^2 \leq$  bo‘lgan bemorlarda UX, TG, ZPLP miqdori yuqori ekanligi, ZYLP past ko‘rsatkichga ega ekanligi aniqlandi. Aterogenlik indeksi guruhlararo sezilarli farq aniqlanmadi.

## KATARAKTA BILAN BIRLAMCHI GLAUKOMADA TO'R PARDANING GANGLION HUYAYRALARI KOMPLEKSINING OPTIK KOGERENT TOMOGRAFIYASI

<sup>1</sup>Nabiyev A.M., <sup>2</sup>Zohidov O.U.  
<sup>1</sup>RIKMIATM Toshkent viloyati filiali,

**Tadqiqot maqsadi:** Birlamchi glaukoma tashxisida optik kogerent tomografiya yordamida olingan ganglion hujayralar kompleksi parametrlarining ma'lumotlar tarkibiga katarakt zichligi ta'siri darajasini baholash.

**Material va usullar:** Asosiy guruh – Birlamchi glaucoma o'ta rivojlangan bosqichi bo'lgan 27 bemorda katarakt fakoemulsifikatsiya operatsiyasidan oldin va keyin OKT tadqiqot ma'lumotlarini tahlil qilish o'tkazildi. Ulardan 14 nafari ayollar, 13 nafari erkaklar. Bemorlarning yoshi 48 yoshdan 73 yoshgacha, o'rtacha  $61,3 \pm 4,1$  yoshni tashkil etdi. Kasallikning davomiyligi 3 yildan 12 yilgacha, o'rtacha  $8,1 \pm 3,4$ . Kuzatuv muddatlari 3 oygacha. Bemorlarning katarakt zichligi bo'yicha taqsimlanishi (Buratto bo'yicha): 15 bemor (24 ko'z) 2-darajali zichlikka ega, qolgan 12 (17 ko'z) 3-darajali. Nazorat guruhi 20 nafar glaukomadan sog'lom odamdan iborat edi. Jins, yosh va katarakt zichligi bo'yicha nazorat guruhidagi ma'lumotlar asosiy guruh bilan taqqoslanadi. Barcha bemorlar umumiy oftalmologik usullar bilan tekshirildi va instrumental tadqiqotlar o'tkazildi - UBM va boshqalar OKT 3D OCT-1 Maestro uskunasi (TOPCON, Yaponiya) amalga oshirildi. Birlamchi glaukomaning ilg'or bosqichi bo'lgan bemorlarni tanlash mezonlari natijalarning ishonchligi uchun ko'rish keskinligi (0,2-0,4 tuzatishsiz yoki  $\pm 3,0$  dioptriya ichida tuzatish, astigmatizm 1 dioptriya oshmasligi), ikkinchi va uchinchi darajali katarakt zichligi edi. signal kuchi indeksi kamida 18. Olingan ma'lumotlarni statistik qayta ishlash Windows 10, STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.) dastur paketi uchun Microsoft Excel dasturi yordamida amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** 27 kishini (49 ko'z) tekshirish natijalariga ko'ra, GCC parametrlarining quyidagi qiymatlari olindi. Birlamchi glaukoma III bosqichi bo'lgan 27 kishini (36 ko'z) tekshirish natijalariga ko'ra, guruh bo'yicha ganglion hujayralar kompleksi parametrlarining quyidagi qiymatlari olingan. Birlamchi glaukoma III bosqichidagi, normadan ganglion hujayralar kompleksining o'rtacha qalinligining progressiv pasayishini ko'rsatadi. Bemorlarning barcha guruhlarini nazorat guruhidagi shaxslar normasi bilan solishtirganda ushbu parametrdagi farq statistik jihatdan ahamiyatli edi ( $p = 0,060118$ ). Aniqlangan naqsh, shuningdek, yuqori va pastki segmentlarda (GCC Superior va GCC Inferior) GCC kompleksining qalinligini tahlil qilishda ham saqlanib qoladi: barcha guruhlarini nazorat guruhi ma'lumotlari bilan solishtirganda statistik jihatdan muhim farq olindi.

Glaukomaning III bosqichi bilan og'rigan bemorlarda 2-darajali katarakt zichligida RNFL parametrlari normaga nisbatan 32,7% ga, 3-darajada - 58,2% ga kamayadi. Nazorat guruhidagi ma'lumotlarga ega bo'lgan bemorlarning asosiy guruhlari o'rtasida solishtirganda ushbu parametrlardagi farq statistik jihatdan ahamiyatli edi ( $p=0,054619$ ).

Ganglion hujayralar qatlamining parametrini ob'ektiv ro'yxatga olish 2-darajali katarakt zichligi uchun me'yordan glaukomada parametr qiymatining 24,5% ga, 3-darajali uchun - 34,1% ga kamayganligini ko'rsatdi. Barcha guruhlardagi bemorlar o'rtasidagi farqlar ham statistik ahamiyatga ega edi.

**Xulosa:** Optik kogerent tomografiya yordamida ganglion hujayralar kompleksining parametrlarini o'rganish indeksining yuqori diagnostik aniqligini va birlamchi glaukomada

ganglion hujayralar kompleksining o'rtacha qalinligining pasayishini va kataraktning zichligiga qarab ko'rsatkichlarning buzilishini(o'zgarishini) ko'rsatdi.

## **BOSH MIYANING O'TKIR SEREBROVASKULYAR KASALLIKLARIDA NEYTROFIL-LIMFOTSITLAR NISBATINI BAHOLASHNING AHAMIYATI**

**Narzullayev N.U.1, Eshonov O.Sh.1, Yarashev A.R.2, Shomurodov X.Sh.2**

**1-Buxoro davlat tibbiyot instituti**

**2-Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Buxoro filiali**

**Maqsad:** Bosh miyada qon aylanishinig o'tkir buzilishi natijasida yuzaga kelgan kritik holatlarning oqibatlarini bashorat qilishda NLNI ning ahamiyatini aniqlash.

**Materiallar va tadqiqot usullari:** Tadqiqot ob'ektlari 32 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 55 nafar bemorning klinik va laboratoriya ma'lumotlari (o'rtacha yoshi 56,3±3 yil). Nozologiya bo'yicha bemorlar insultning gemorragik (n=25) va ishemik (n=30) shakllariga bo'lingan. Klinik shkala (Glazgo koma shkalasi (GCSH) yordamida nevtologik statusni baholash, shuningdek gemodinamika va nafas olishning tizimli ko'rsatkichlari), instrumental (EKG, miyaning MSKT tekshiruvi) va laboratoriya ma'lumotlari (leykoformula, NLNI) tahlil qilindi. Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini taqqoslash uch bosqichda o'tkazildi: birinchi bosqich - qabul qilinganda, ikkinchi bosqich: 3-kun, uchinchi bosqich - intensiv terapiyaning 7-kuni.

Tadqiqot natijalari: Barcha tekshirilgan bemorlarni qabul qilingandagi es-hushi holati GCSH si bo'yicha 8 dan 12 ballgacha bo'lgan (8 ball n=10, 9 ball n=15, 10 ball n=13, 11 ball n=8, 12 ball n=9). Tadqiqotning 2-bosqichida neyrostatusning yanada chuqur buzilishi bo'lgan bemorlar sonining ko'payishi kuzatildi (GCSH bo'yicha: 8 ball n=12, 9 ball n=17, 10 ball n=14, 11 ball n=7, 12 ball n=5). Vaqt o'tishi bilan, standart intensiv terapiya fonida, 50 ta bemorda klinik yaxshilanish kuzatildi, bu tadqiqotning 3-bosqichining neyrostatusidan olingan ma'lumotlar bilan tasdiqlangan (GCSH bo'yicha: 8 ball n=6, 9 ball n=8, 10 ball n=13, 11 ball n=17, 12 ball n=11).

Leykoformula ko'rsatkichlarini tahlil qilganda, tadqiqotning birinchi bosqichida barcha bemorlarda o'rtacha NLNI ko'rsatkichi  $2,2 \pm 0,64$  oralig'ida ekanligi aniqlandi. Ta'kidlanishicha, omon qolgan bemorlarda (n=52) intensiv terapiya fonida tadqiqotning 2 va 3 bosqichlarida klinik yaxshilanish va neyrostatusdagi ijobiy o'zgarishlar bilan bir qatorda o'rtacha NLNI  $2,5 \pm 0,78$  va  $2,1 \pm 0,42$  atrofida bo'lgan. mos ravishda.

Tekshiruvdan o'tgan 55 bemordan 3 nafarida o'lim (ishemik 1 bemor va gemorragik insult bilan 2 bemor) sodir bo'lgan. Olingan ma'lumotlarni tahlil qilganda, ikkala nozologiyaga ega bo'lgan bemorlarda leykoformula parametrlari va umumiy o'lim darajasi o'rtasida sezilarli bog'liqlik aniqlandi. Ushbu bemorlarda birinchi bosqich indeksiga nisbatan ( $2,21 \pm 0,62$ ,  $4,15 \pm 0,74$ ,  $5,34 \pm 0,52$ ) ( $p < 0,05$ ) bilan solishtirganda ikkala guruhda ham NLNI ning o'rtacha ko'rsatkichida progressiv o'sish kuzatildi.

Xulosa: NLNI ning yuqori ko'rsatkichi bemorlar ahvolini klinik yomonlashuvining va insult tufayli yuzaga kelgan salbiy oqibatlarni bashorat qiluvchi ko'rsatkich hisoblanadi.

## GIPERTONIK BO‘XRONLARNI EPIDEMIOLOGIK ASOSLARI: ULARNI 90%GA YETIB OLDINI OLISH ISTIQBOLLARI

**T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov.**  
**RSHTYOIM Namangan va Andijon filiali bilan**

**Ishning maqsadi:** deyarli 100%ga yetib gipertonik bo‘xronlarni ilk bosqilarida bartaraflovchi sharoitini yaratuvchi epidemiologik asoslari aniqlash va baxolashdan iborat bo‘ldi.

**Tekshiruv materiali va usullari:** Ikki yillik epidemiologik tekshiruvda 613 ta erkak va ayollar “gipertoniya yo‘li” taxlil qilinib o‘rganildi. Retrospektiv va prospektiv kuzatuvlarga asoslanib gipertoniya bo‘xronlari (GB) epizodlarining “ilk” va “intiqomi” omillari baxolanib chiqildi. GBni baxolashda zamonaviy xalqaro mezonlar qo‘llanildi.

**Natijalar va xulosalar:** 20 yoshgacha bo‘lgan aholi orasida asosan GK II turi va bu ham kam darajada (2,2 foiz) aniqlanadi. Asosan AG III bosqichida aniqlanib, uning I va II bosqichlarida GK ning ikkala turini ham umuman qayd qilinmaganligi e‘tiborni tortadi ( $P<0,001$ ).

Ikkinchi yosh guruhida (20-29 yosh) ham GK ning I va II turlari kam qayd qilinadi. Aksariyat GK ni II turi AG ning III bosqichida kuzatiladi (1,3 foiz), I va II bosqichlarida uchramaydi ( $P<0,001$ ). 30-39 yoshli aholi guruhida GK ning I va II turlari quyidagicha aniqlanadi: AG I bosqichida – 1,4 va 1,4 foizdan ( $P>0,05$ ), II bosqichida – 1,4 va 0,1 foizdan

( $P<0,01$ ) va III bosqichida – 1,4 va 2,8 foizdan ( $P<0,01$ ). Jami GK ni I va II turlari ushbu yoshda – 4,3 va 4,9 foizni tashkil qilib qayd qilindi ( $P>0,05$ ). 40-49 yoshda GK ning I va II turlari arterial gipertoniyaning I-II-III bosqichlarida tafovut bilan – 5,9 va 8,5 foiz, 13,6 va 11,9 foiz, 5,9 va 3,4 foiz darajalarda aniqlandi. Aksariyat, bu yosh guruhida ham ularning yuqori ko‘rsatkichlari AG ning II bosqichiga to‘g‘ri keladi ( $P<0,01$ ). Umuman, 40-49 yoshda GK I va II turlari – 25,4 va 23,7 foizdan, ya‘ni salkam 2,0 foizga tafovut bilan aniqlanadilar ( $P>0,05$ ).

Demak, qayd etilganlarga oid faol amaliy tibbiy profilaktika va davomi birvaqt, izchil va samarali o‘tkazishga erishish GB bilan bog‘liq kardivaskulyar kontinuumni bartaraflovchi garovdir. Chunonchi, bizning natijalarimiz bo‘yicha bunday skriningli faoliyat 90%ga yetib GBni oldini olishni ta‘minlaydi.

## VODIY AXOLISIDA YUZ BERGAN MIOKARD INFARKTINI XUSUSIYATLARI

**T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov.**  
**RSHTYOIM Namangan va Andijon filiali bilan**

**Ishning maqsadi:** vodiy axolisida o‘tkir miokard infarktining (O‘MI) klinik kechishi xususiyatlarini o‘rganish va baholash.

**Materiallar va usullar:** Vodiy davolash muassasalarida O‘MI bilan davolangan 248 ta erkak va 164 ta ayol bemorlarda 3 yillik klinik – epidemiologik monitoring bajarildi. Statistik tahlil «Statistica v.6.1» dastur paketidan foydalanib amalga oshirildi.

**Natijalar:** O‘MIning an‘anaviy shakli (anginoz og‘riq bilan ifodalangan turi) 63,3% bemorda uchraydi (erkaklarda – 62,2% va ayollarda – 6,7%) va noan‘anaviy (og‘riqsiz) ko‘rinishda kechishi bo‘lsa 4,9% ga yetib aniqlanadi xolos ( $r<0,001$ ). O‘MIni boshqa klinik variantlarda namoyon bo‘lishlari quyidagicha chastotalarda qayd qilinadi: astmasimon turi – 7,1% (erkaklarda 6,9% va ayollarda – 6,7%,  $r<0,05$ ), abdominal shakli – 5,8% (erkaklarda – 3,2% va ayollarda – 4,3%,  $r<0,05$ ), serebrovaskulyar shakli – 2,7% (erkaklarda – 2,4%;

$r < 0,05$ ), kollaptoidsimon shaklda ifodalanishi – 4,9% (erkaklarda – 4,8% va ayollarda – 5,0%;  $r > 0,05$ ), aritmik shakli – 7,0% (erkaklarda – 7,3% va ayollarda – 6,7%;  $r > 0,05$ ) va kardiogen shok bilan asoratlangan turi – 2,7% (erkaklarda – 5,2% va ayollarda – 2,4%,  $r < 0,05$ ).

O‘ng qorincha O‘MI 1,9% (erkaklarda 2,0% va ayollarda – 1,8%,  $r > 0,05$ ) bemorlarda kuzatiladi va Q tishchali va Q tishchasiz O‘MI – 70,6% va 29,5% dan qayd etiladi ( $r < 0,01$ ).

Ma‘lum bo‘ldiki, O‘MI noan‘naviy kechishi, astmatik shakli, abdominal varianti, kollaptoidli va serebrovaskulyar turlari to 50 yoshgacha juda kam uchraydi yoki ko‘pincha uchramaydi.

**Xulosalar:** Olingan natijalar ma‘lum darajada O‘MI «zamonaviy qiyofalanishini» vodiy sharoitida ko‘rsatadi va ulardan kelib terapevtik amaliyotlar o‘tkazilsa maqsadga muvofiq bo‘ladi.

### **MIOKARD INFARKTINI FARG‘ONA VODIYSI IQLIMIY SHAROITIDA «EPIDEMIOLOGIK YO‘LI»**

**T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov.  
RSHTYOIM Namangan va Andijon filiali bilan**

**Ishning maqsadi:** Farg‘ona vodiysi sharoitida miokard infarktining epidemiologiyasini o‘rganish va baxolash.

**Materiallar va usullar:** Analitik–epidemiologik taxlilda 412 ta miokard infarkti bilan bemorlar (248 ta erkak va 164 ta ayollar) o‘rganildi. O‘tkir miokard infarkti (O‘MI) tashxisi umumqabul qilingan mezonlar bo‘yicha qo‘yildi.

**Natijalar:** O‘MI o‘tkir koronar sindromi gumoni bilan bemorlarni 26,5% - tida aniqlanadi. Erkaklar populyatsiyasida 1,5 barobargacha yetib (60,2%) ayollarga qiyosan (39,8%) ko‘p O‘MI aniqlanadi ( $r < 0,05$ ). Turli yosh guruxlarida tafovut bilan kuzatiladi: 20-29 da – aniqlanmaydi, 30-39 da – 3,6%, 40-49 da – 25,4%, 50-59 da – 27,3%, 60-69 da – 28,7%, 70-79 da – 29,4% va 80 yoshdan o‘tganlarda – 22,6%. Aniqlandiki O‘MIga moyillik xavfi ayniqsa 40 yoshdan boshlab deyarli 25 barobarga yetib ortadi. Uni aniqlanish darajasi kelgindi va o‘tiroq axolida – 33,6% va 25,6% dan ( $r < 0,05$ ), oliy va o‘rta ma‘lumotlarda – 19,6% va 31,5% dan ( $r < 0,05$ ), ishchilar va tadbirkorlar populyatsiyasida – 14,3% va 36,4% dan qayd etiladi ( $r < 0,001$ ). E‘tiborga molik yana bir klinik vaziyat – arterial gipertoniya (AG) bog‘liq xolda O‘MI ni kelib chiqishi salkam ikki barobarga yetib ortadi ( $r < 0,05$ ). U AG bilan birgalikda 74,3% yetib uchraydi (20-80 yoshli erkaklarda – 77,8% va ayollarda – 68,9%,  $r < 0,05$ ).

**Xulosalar:** «Epidemiologik yo‘l» vodiy iqlimiy sharoitida o‘ziga xosligi bilan O‘MI bilan bemorda yaqqol ko‘zga tashlanadi. Uni xisobga olish birinchidan, O‘MI ning donozologik tashxislash va bashoratlash algoritmini takomillashtiradi va ikkinchidan esa – davolash, profilaktika va rehabilitatsiya dasturlarining samaradorligini keskin oshiradi.

### **UZOQ UMR KO‘RUVCHILARDA STRESSNING GASTRODUODENAL YARALAR KELIB CHIQISHIGA TA‘SIRI**

**Pakirdinov A.S., Madazimov M.M., Mamasoliev N.S., Kalandarov D.M.  
Andijon davlati tibbiyot instituti**

**Kirish:** Ma‘lumki, umrni qisqarishi asosan aholi orasida yuqumli bo‘lmagan surunkali kasalliklar (YUBSK) va ularni xatar omillarini yuqori sur‘atlarda tarqalganligi bilan bog‘liq holda ro‘y bermoqda [Ivashkin V.T., Maev I.V., Lapina T.P., SHEptulin A.A 2018].

SHuning uchun dunyo miqyosida, XXI asrda ayniqsa, epidemiologik monitoring va YUBSK profilaktikasiga oid tadqiqotlar jadallashdi, ular asosida samarali dasturlar yaratilganini guvohimiz (Countywide Integratet Noncommunicable Disease Interversion Programme, va b.q).

**Tadqiqot maqsadi:** Uzoq umr ko'ruvchilar populyasiyasida gastroduodenal yaralar kelib chiqishida stressning xavf omili sifatida tavsifini o'rganish.

**Material va metod:** Uzoq umr ko'ruvchilar populyasiyasi(UUKP)da gastroduodenal yaralar (GDYA) kelib chiqishida stress omili bor 72 nafar, stress omili yo'q bo'lgan 647 nafar uyushmagan UUKP olindi. Stress xavf omilini aniqlashda bir vaqtli, kuzatuvli va reprezentativli tadqiqot o'rganildi. Epidemiologik tadqiqotni tashkil etishda va o'tkazishda unga oid Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti(JSST 2000.) xalqaro tavsiyalar e'tiborga olindi va tekshiruv 3 bosqichda bosqichma-bosqich amalga oshirildi. O'rganishda JSST tavsiya qilgan "Anketa so'rovnoma", fizikal tekshiruvlar va maqsadli kompleks va chuqurlashtirilgan skrining tekshiruvi o'tkazildi. Bioximik skrining, umumlaborator skrining, instrumental tekshiruvlar asosida gastroduodenal yaraning spetsifik xavf omillarini aniqlash va baholash o'tkazildi.

**Tadqiqot natijalari:** Olingan natija asab tizimi kasalligi omilining ta'siri o'rganilib, bir omilli tahlil natijalari asab tizimi kasalligiga chalingan shaxslarning gastroduodenal yara bilan kasallanishiga bo'lgan moyilligi asab tizimi kasalligi og'rimagan shaxslardan ko'ra 88% ga kamroq moyil ekanligi klinik jihatdan asoslandi [OR 0.12], ishonch intervali va Fisherning r qiymati ham ushbu olingan natija statistik ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatdi [CI 95% 0.002- 0.39; p =0.03].

**Xulosa:** Ko'p omilli tahlil natijalariga ko'ra asab tizimi kasalligi bir omilli tahlilda ahamiyatli deb topilishi malumotlar ba'zasining boshqa omillariga bog'liqligi, sofaktor ta'siri ekanligi tasdiqlandi. Stress bilan shaxslar o'rtasida GDYA rivojlanishi ushbu tizimi kasaligiga chalinmagan shaxslarga qaraganda 2 barobar kamroq og'rishi klinik jihatdan o'z isbotini topdi.

## **UZOQ UMR KO'RUVCHILARDA GIPERXOLESTERINEMIYANING GASTRODUODENAL YARALAR KELIB CHIQISHIGA TA'SIRI**

**Pakirdinov A.S., Mamasoliev N.S., Madazimov M.M., Mamasoliev Z.N.**  
**Andijon davlati tibbiyot instituti**

**Kirish:** Hozirgi kundagi gastroduodenal yara(GDYA) skriningi va profilaktikasi masalalari eng dolzarb mavzulardan biri sifatida tasdiqlangan. Aholining uzoq umr ko'ruvchilar populyasiyasi(UUKP)da xayot sifatini ta'minlashda erta va muvofiq profilaktikasi, yuqori darajadagi sifatli tibbiy yordamni muhim integral va mustaqil ko'rsatkichga ko'tarish muhim ahamiyat kasb etadi.

**Tadqiqot maqsadi:** Uzoq umr ko'ruvchilar populyasiyasida gastroduodenal yaralarni kelib chiqishida giperxolesterinemiyaning (GXS) xatar omili sifatida epidemiologik tavsifini o'rganish.

**Material va metod:** gastroduodenal yara kelib chiqishida giperxolesterinemiya omili bor 336 nafar, giperxolesterinemiya omili yo'q bo'lgan 383 nafar uyushmagan UUKP olindi. GSX xavf omilini aniqlashda bir vaqtli va reprezentativli tadqiqot o'rganildi. Epidemiologik tadqiqotni tashkil etishda va o'tkazishda JSST tomonidan tavsiya etilgan skrining tekshiruvlardan foydalanildi. GDYA kelib chiqishida asosiy xatar omili bo'lgan – giperxolesterinemiyaning epidemiologik tavsifi tadqiqotimizda o'rganildi va baholandi. Tahlil

qilishda univartable va multivariable bir omilli hamda ko'p faktorli statistika usullari qo'llanildi.

**Tadqiqot natijalari:** Populyasiyada giperxolisterinemiya omilining ta'siri bir omilli tahlil natijalariga ko'ra UUKPda GDYA kasalligi bilan kasallanishiga bo'lgan moyillikni 8,7 barobar ko'tarilishiga sabab bo'lishi klinik jihatdan asoslandi [OR 8.73], ishonch intervali va Fisherning r qiymati ushbu olingan natija statistik ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatdi [CI 95% 5.13- 15.93; p <0.001].

Olingan natijani, Isaak Nyuton taklifi asosida Jozef Berkson tomonidan tadbiq etilgan ko'p faktorli tahlil prinsiplarida o'rganildi va giperxolisterinemiya UUKPda gastroduodenal yara rivojlanishini sezilarli ortishiga sabab bo'lishi statistik asoslandi [OR 924].

**Xulosa:** GXS omili ta'sirida uzoq umr ko'ruvchilar populyasiyasida gastroduodenal yaralarni kelib chiqish chastotasi xavfi sezilarli darajada ortadi. Kasallikni aniqlanish chastotasi = 4,5% (GXS bor UUKPda) va 28.9% (GXS yo'q UUKP da) ko'rsatkichlar bilan aniqlanadi (r<0.05).

## **QANDLI DIABET 2 TUR BEMORLARIDA MIOKARD INFRAKTIDAN KEYINGI YURAK QON-TOMIR TIZIMI REMODELLASHUVINING KLINIK-PROGNOSTIK ASPEKTLARI**

**Raximov Xikmatullo Xusanboyevich**

**Annotatsiya:** Diabetes mellitus turi 2 (DM2) doimiy giperglikemiya bilan tavsiflangan surunkali metabolik kasallik bo'lib, uning tarqalishi va unga bog'liq bo'lgan kasalliklar tufayli global sog'liqni saqlash muammosiga aylandi. DM2 ning eng muhim asoratlaridan biri bu yurak-qon tomir kasalliklari, xususan, miyokard infarkti (MI) yurak-qon tomir tizimini qayta qurish xavfining oshishi. Ushbu murakkab jarayon tarkibidagi tarkibiy, funktsional va molekulyar o'zgarishlarni o'z ichiga oladi miyokard va qon tomirlari, rivojlanishiga olib keladi. Ushbu hodisaning klinik-prognostik jihatlarini tushunish DM2 bemorlarida yurak-qon tomir asoratlarini samarali boshqarish va oldini olish uchun juda muhimdir. Ushbu maqola DM2 ning ta'sirlari haqida tushuncha beradi.

Kalit so'zlar: qandli diabet, zamonaviy tibbiyot, texnologiyalar, miyokard infarkti, funktsional o'zgarishlar

**Kirish:** Qandli diabet (DM) va yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlar soni ortib bormoqda. DM bemorlarida miyokard infarktidan keyingi (MI) qayta qurish jarayoniga ta'sir qiluvchi omillarni aniqlash jamoat salomatligi uchun qiziqish uyg'otadi. DM ga ega bo'lgan MI dan keyingi bemorlarda Mi dan keyin erta va kech o'lim darajasi yuqori. Konjestif yurak yetishmovchiligi va takroriy MI xavfining yuqori bo'lishi DM bemorlarida yomon prognozning asosiy sabablaridan biridir. Konjestif yurak yetishmovchiligi va chap qorincha disfunktsiyasi molekulyar, uyali va interstitsial o'zgarishlarning murakkab seriyasi natijasida yuzaga keladi, natijada kameraning kattaligi, shakli va funktsiyasining o'zgarishiga olib keladi. Ushbu jarayon chap qorinchani salbiy qayta qurish deb nomlanadi va MI-dan keyingi bemorlarda yomon natijalarni bashorat qiladi. LVNI salbiy qayta qurishning asosiy sababi infarktning o'zi hisoblanadi, shuning uchun DM bilan va bo'lmagan Mi dan keyingi bemorlarda LVNI qayta qurish jarayonidagi farqlarni aniqlash muhim, shuning uchun DM bemorlarining prognozini yaxshilash uchun aralashuvlarni aniqlanishi mumkin.

Yuqoridagi mulohazalar DM bilan Post-MI bemorlarda LV geometriya o'zgarishlarni ichida o'rganish zarurligini ta'kidlaydi. Hozirgi davolanish bilan MI-DM gacha bo'lgan bemorlar o'tkir miokard infarktining nisbiy xavflarida sezilarli farqlarga ega emasligini ko'rsatdilar, ammo MI-dan keyingi hodisalar kasallanish va o'lim ko'rsatkichlarining yuqori

bo'lishiga olib kelishi ma'lum. Shuning uchun DM bemorlarida MI dan keyingi o'zgarishlarni yaxshiroq tushunish ushbu bemorlarning prognozini yaxshilaydigan kashfiyotlarga imkon berishi mumkin. LV salbiy qayta loyihalash LV ustida stress va yuklash sharoitida ortishi bevosita natijasidir, deb tushunish, o'rganish, DM bilan post-MI bemorlar LV salbiy ta'mirlanishi yuqori sur'atlarini bor yoki yo'qligini tadqiq qiladi va bu yurak yoki o'zgarishlar zarar ortishi tufayli yoki yo'qligini anglatadi.

Ushbu tadqiqot VALIANT tadqiqotida mavjud bo'lgan ma'lumotlarning borligidan foydalanadi. Ushbu tadqiqotning ko'lami DMning LV geometriyasining o'zgarishiga ta'sirini, shu jumladan DM Lvning salbiy ta'mirlanishining ko'payishi bilan bog'liqligini va DM bemorlarida konjestif yurak yetishmovchiligi yuqori bo'lganligi va o'zgarishlar tufayli kasallanish darajasi oshganligini tekshirishdan iborat bo'ladi. Tadqiqot post-MI DMdagi prognoz o'zgarishlari haqida ma'lumot berish uchun so'nggi nuqta sifatida salbiy klinik hodisalar va CHF paydo bo'lishidan foydalanadi. So'nggi yillarda diabet kasalligi va tarqalishining tez o'sishi kuzatilmoqda, dunyo bo'ylab 194 milliondan ortiq odam ushbu kasallikdan aziyat chekmoqda. Taxminlarga ko'ra, bu raqam 2030 yilga kelib ikki baravar ko'payadi. Bu millatning yurak-qon tomir sog'lig'iga ta'sir qiladi, chunki diabetga chalinganlarning uchdan ikki qismi yurak xastaligi yoki insultdan vafot etadi va 68 yosh va undan katta yoshdagi diabetiklarning kamida 65% yurak xastaligidan vafot etadi, 16% esa qon tomir kasalliklaridan. Miyokard infarktidan keyin omon qolish diabetikada diabetik bo'lmagan shaxslar bilan taqqoslaganda qisqaroq.

NHANES I epidemiologik Kuzatuv tadqiqotining ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, diabet va oldingi miokard infarkti bilan og'rikan bemorlarda 5 yillik o'lim 62%, diabet bo'lmaganlarda 42%. Ushbu tendentsiya yevropa va kengroq xalqaro kontekstda ham aks ettirilgan bo'lib, miyokard infarktidan keyin diabetik bemorlar uchun o'lim darajasi teng ravishda oshdi. Miyokard infarktidan keyin o'limning umumiy pasayishiga va revaskulyarizatsiya texnikasidagi so'nggi yutuqlarga qaramay, diabet va diabet bilan kasallanmaganlar o'rtasidagi farq hali ham aniq bo'lib, uni bitta omil bilan bog'laydigan aniq dalillar yo'q. Miyokard infarktidan keyin prognoz va keyingi tiklanishga chap qorinchada sodir bo'ladigan o'zgarishlar katta ta'sir ko'rsatadi. Bularga infarkt kengayishi, anevrizma shakllanishi, infarkt chegara zonasi miyokardining ingichkalashi va chap qorinchani qayta qurish kiradi. Bu yurak shakli, hajmi va funksiyasining o'zgarishi deb ta'riflanadi va diabetga chalingan bemorlarda bu ko'proq salbiy ekanligi yaxshi hujjatlashtirilgan.

Qandli diabetda, yaqinda boshlangan chap qorincha disfunktsiyasida chap qorincha ejeksiyon fraktsiyasi va chap qorincha kengayishi uchun mustaqil xavf omilidir va bu narsalar yurak yetishmovchiligining rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Xuddi shu tadqiqotda qandli diabet bo'lmagan miyokard infarktidan keyingi bemorlarda qandli diabet bilan og'rikan bemorlarga qaraganda qisqa va oraliq muddatda omon qolish, yurak yetishmovchiligi va chap qorinchalarning salbiy tiklanishi kamroq bo'ladi. Shunday qilib, diabet miyokard infarktidan keyin chap qorinchani qayta tiklashga ta'sir qiluvchi muhim surunkali jarayondir. Qandli diabet surunkali jarayon bo'lsada, uzoq muddatli o'lim va yurak yetishmovchiligini oshiradi. Shunday qilib, diabet bilan og'rikan bemorlarda bu topilmalar, yaqinda tashxis qo'yilgan bo'lsada, eng yuqori o'lim, yurak yetishmovchiligi va chap qorincha kengayishi, ejeksiyon fraktsiyasidan mustaqil va qattiq glisemik nazorat bilan agressiv erta qo'llab-quvvatlovchi davolash bu bemorlarda chap qorincha kengayishining oldini oladi. Bu diabetning chap qorinchasini qayta tiklashga qaratilgan juda muhim dastlabki tadqiqotlar bo'lib, ular kelajakdagi amaliyot uchun katta ta'sir ko'rsatadi va bu yuqori xavfli bemorlarda yurak yetishmovchiligini kamaytirish imkoniyatiga ega. Ammo kengroq kontekstda diabetdan keyingi miokard infarktida chap qorinchani qayta qurishning ba'zi cheklovlari va ko'plab potentsial sabablari mavjud.

Dikotomiya eng oddiy model DCMni asosan chap qorinchada ikki bosqich sifatida tavsiflaydi. Birinchisi, asemptomatik bo'lgan, ammo ultratovushli kardiogrammaning bir qator xususiyatlariga ega bo'lgan diastolik disfunktsiya bosqichi: LV end-diastolik bosimning ko'tarilishi, qorincha qattiqligining oshishi va ehtimol chap qorincha konsentrik gipertrofiyasi va chap atriya kengayish bilan birga keladi.

HF ning ikkinchi bosqichida sistolik disfunktsiya va LVH va terminal LV kengayishi kabi yurakni og'ir qayta tiklashga asoslangan klinik alomatlar va belgilar mavjud.

Trisektsiya nuqtai nazariga ega bo'lgan trixotomiya olimlari diabetik kardiomyopatiya ketma – ket yurak funksiyasini o'z ichiga oladi – yurak tuzilishi-mikrovaskulyar. Diastolik disfunktsiya eng erta klinik anormallik bo'lib, asosiy sabab miyokard fibrozi va gipertrofiyadir. Sistolik disfunktsiya faqat kasallikning kech bosqichida rivojlanadi va ko'pincha og'ir SAPR va yurak avtonom neyropati (CAN) bilan birga yashaydi.

Dastlabki bosqich faqat qisqa vaqt davom etadi. To'liq dastlabki bosqich butunlay asemptomatikdir. DM bemorlarining boshida giperglikemiya va insulin qarshiligi (IR) yuraklarida metabolik kasalliklarga olib keldi. Ushbu bosqichda yurakning metabolik kasalliklarga kompensatsion moslashishi natijasida yurak tuzilishi normal holatga yaqin bo'ladi va faqat miokard hujayralari pastki tuzilishidagi o'zgarishlar va endotelial disfunktsiya kuzatiladi. Birinchidan, miyokard hujayra membranasidagi GLUT4 darajasi kamayadi va PPARa faolligi oshadi, bu hujayra ichidagi glyukoza oksidlanish darajasini pasaytiradi (GLOX).

Boshqa tomondan, insulin retseptorlari vositachiligida signal uzatish ortadi, bu yog' kislotasi transferazasini (yog' /CD36) plazma membranasiga tashishga yordam beradi va keyin FA ning qabul qilinishini va yog' kislotasi oksidlanish darajasini oshiradi (FAO). Ushbu muvozanatsiz substrat metabolizmi miokard ATP ishlab chiqarish samaradorligini pasaytiradi, shuning uchun kardiomyositlarning ish samaradorligi yomonlashadi. Diskret subklinik diastolik disfunktsiyani klinik jihatdan aniqlash mumkin. DCM ning dastlabki xususiyatlari atriya plomba ko'payishi, qorincha erta diastolik plomba kamayishi va miyokardning bo'shashishi va qattiqligining oshishidir. Qorincha septalining yillik devor harakati shikastlanishining ekokardiyografik topilmalari ham buni tasdiqladi. Shuni ta'kidlash kerakki, miyokard qon oqimi zaxirasining pasayishi yukni tasvirlash texnologiyasi bilan aniqlanishi mumkin, bu insulin signalining uzatilishining buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

O'rta bosqichda miyokard hujayralari shikastlanishining kuchayishi diastolik yurak funksiyasini sezilarli darajada anormal qiladi, ammo ejeksiyon funksiyasi faqat biroz ta'sir qiladi (EF 40% -50%). Kasallikning rivojlanishi bilan metabolik kasalliklarning ta'siri asta-sekin kengayib boradi, bunda disfunktsional mitoxondriya asosiy rol o'ynaydi. FAO ning ko'payishi va GLOXning kamayishi dag va keramid kabi toksik lipid metabolitlarining to'planishiga va oksidlovchi stressning oshishiga, ayniqsa kardiomyositlarda ROS va NOS chiqarilishiga olib keladi. Toksik lipid metabolitlaridan kelib chiqqan lipotoksiklik mitoxondriyal membranani qayta qurishga olib kelishi mumkin va oksidlovchi stress oksidlovchi fosforillanishda ishtirok etadigan oqsillarga zarar yetkazishi va ajratish oqsilini (UCP) faollashtirishi va mitoxondriya funksiyasini yanada buzishi mumkin. Bundan tashqari, giperglikemiya ta'siri ostida hujayralar ichida ham, tashqarisida ham rivojlangan glikatsiya yakuniy mahsulotlari (yosh) darajasi oshadi va ularning sarkoplazmatik retikulumning SERCA2a va Ryr da shakllanishi Ca dinamikasiga xalaqit berdi. Mitoxondriya ushbu jarayonda vositachi sifatida o'ynaydi, bu yuqorida aytib o'tilgan omillar ta'siri ostida apoptotik kaskadlarni faollashtiradi.

**Xulosa:** DM2 bemorlarida Post-MI kardiovaskulyar qayta loyihalash klinik natijalarga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan murakkab va ko'p qirrali jarayondir. Asosiy patofiziologiyani

tushunish, klinik ko'rinishlarni tan olish va keng qamrovli terapevtik strategiyalarni amalga oshirish ushbu bemorlarning prognozi va hayot sifatini yaxshilash uchun juda muhimdir. DM2 kontekstida yurak-qon tomir ta'mirlanishi boshqarishda tadqiqot va o'zgarishlarni davom ettiradi, bu o'sayotgan sog'liqni saqlash muammoni hal qilish uchun muhim bo'ladi.

## **RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY REABILITATSIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**Raximov Xikmatullo Xusanboyevich**

**Annotatsiya:** Zamonaviy tibbiyotning tobora rivojlanib borayotgan manzarasida respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi aholiga alohida tibbiy xizmat ko'rsatishga bo'lgan qat'iy sadoqatning yorqin namunasi bo'lib turibdi. Ushbu muhtaram muassasa o'zining boy tarixi va innovatsion yondashuviga ega bo'lib, o'zini mukammallik chirog'i sifatida mustahkam namoyon etib, fidoyi tibbiyot mutaxassislarining qudratidan, ilg'or izlanishlardan va bemorlarning farovonligiga sodiq sadoqatidan dalolat beradi.

Kalit so'zlar: ixtisoslashtirilgan terapiya, zamonaviy tibbiyot, muassasalar, izlanishlar, jarayonlar

**Kirish:** Respublika ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RSPMC) tibbiy rehabilitatsiya Milliy dasturining asosiy qismi bo'lib, O'zbekiston Respublikasi va boshqa ko'plab mamlakatlardan kelgan bemorlarga yuqori ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam va rehabilitatsiya xizmatlarini ko'rsatishga qaratilgan sog'liqni saqlash muassasasidir. RSPMC 2002 yil aprel oyidan beri yevropa sog'liqni saqlashni targ'ib qiluvchi maktablar tarmog'ining (ENHPS) a'zosi. RSPMC, shuningdek, O'zbekiston Davlat tibbiyot universiteti talabalari va barcha mutaxassisliklar shifokorlari uchun uchinchi darajali o'quv muassasasidir. U boy ilmiy salohiyatga va katta klinik tajribaga ega. RSPMC qoshidagi shifokorlar va o'qituvchilarni keyingi tayyorlash instituti xalqaro tibbiyot kollejlari ta'lim jamiyatining assotsiatsiyalangan a'zosi hisoblanadi. Bugungi kunda yuqori ixtisoslashgan davolanishning mavjudligi, kadrlar salohiyati va klinik va o'quv jarayonlari o'rtasidagi yaqin aloqalar bemorlarni kompleks tibbiy va ijtimoiy rehabilitatsiya qilishni taklif qiluvchi RSPMCNI tanlashda hal qiluvchi omil hisoblanadi. Yuqorida aytilganlarning barchasi zamonaviy yuqori ixtisoslashgan xizmatlar va bo'limlarni yaratish va rivojlantirishni nazarda tutadi, ulardan biri terapiya va tibbiy rehabilitatsiya xizmatidir.

Ushbu sohada taraqqiyotni ta'minlash va yevropa yondashuvlarini, shu jumladan murakkab tibbiy va ijtimoiy rehabilitatsiyaga muhtoj bemorlarning fanlararo amaliyotini va yuqori hayot sifatini qabul qilish, RSPMC milliy ijtimoiy sog'liqni saqlash dasturi doirasida qayta qurish dasturini tasdiqladi. Hozirgi kunda Markaz Gruziya Sog'liqni saqlash vazirligi bilan markazning tibbiy va rehabilitatsiya xizmatlarini yevropa standartlari darajasiga ko'tarish va birlashtirish maqsadida egizak loyihasi bo'yicha hamkorlik qilmoqda. Ushbu loyihaning muvaffaqiyatli amalga oshirilishi bilan markaz turli mamlakatlardan kelgan xorijiy bemorlarga Travmatologiya va ortopediya sohasida ixtisoslashtirilgan terapiya bilan ta'minlash imkoniyatiga ega bo'ladi.

Markazda turli xil rehabilitatsiya klinikalari mavjud bo'lib, ularning har biri ushbu sohaga tegishli turli xil kasalliklar yoki jarohatlar uchundir. Klinikalar zamonaviy jihozlar va texnika bilan jihozlangan va bemorlarni dushanbadan shanbagacha ertalab qabul qilmoqda. Tibbiy markazda rentgen, ultratovush, elektrodiagnostika, ko'plab bakteriologik, biokimyoviy va gematologik testlarni o'tkazadigan klinik diagnostika laboratoriyasi va statsionar va

ambulatoriya bemorlari uchun dori-darmonlarni yetkazib beradigan dispanser kabi boshqa klinik yordam xizmatlari mavjud.

Bemorlarni tibbiy va jarrohlik davolash mikroxirurgiya bo'limi, tizza va son bo'g'imlari Artroplastikasi, uzun suyaklarning osteosintezi, birlamchi qabul qilish, shoshilinch tibbiy yordam va oyiga yuzlab bemorlarni davolaydigan boshqa bo'limlar kabi bir qator turli bo'limlar tomonidan amalga oshiriladi. O'zbekistonda travmatologiya va ortopediya sohasida ixtisoslashgan terapiya yo'qligi sababli har yili ko'plab bemorlar operatsiyadan keyin rehabilitatsiyaga muhtoj. Hozirgacha ushbu bemorlarning aksariyati tibbiy va jarrohlik davolanishdan so'ng tiklanish uchun chet elda, masalan, Rossiyada ixtisoslashgan terapiyani izlashlari kerak edi. Bu ko'pincha yuqori xarajatlar, mamlakatlar o'rtasidagi beqaror siyosiy vaziyatlar va tillar va urf-odatlar bilan tanish bo'lmaganligi sababli bemorlar uchun qiyin.

Tibbiyot markazi xodimlari tibbiy va jarrohlik davolashning turli sohalarida ishlaydigan yuqori malakali mutaxassislardir. Tibbiy yordamning rivojlanishi bilan ko'plab mamlakatlarda, shu jumladan O'zbekiston Respublikasida milliy va jamoat salomatligi sezilarli darajada yaxshilandi. Afsuski, yo'l-transport halokatlari, ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar, uydagi jarohatlar, tabiiy ofatlar va boshqa ko'plab sabablarga ko'ra murakkab turdagi kasalliklar va shikastlanishlar bilan og'riqan bemorlarning keng doirasi bugungi kunda tibbiy xizmat olishdan ko'ra yaxshiroq davolanishi yoki tiklanishi kerak. Ixtisoslashgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya qon tomirlari, orqa miya yoki miya shikastlanishi, ortopedik yoki nevrologik kasalliklar va boshqa ko'plab holatlarda talab qilinadi. Rehabilitatsiyaning asosiy maqsadi bemorni premorbid faoliyati, turmush tarzi va ijtimoiy farovonligiga imkon qadar yaqinlashtirish va inson va jamiyat uchun uzoq muddatli xarajatlarni minimallashtirishdir. Bu rehabilitatsiyaning asosiy salomatligi va iqtisodiy foydasi hisoblanadi.

Respublika tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ko'p profilli shifoxona hisoblanadi. Uning asosiy g'oyasi CNS, PNS va mushak-skelet tizimidagi kasalliklar va funktsional shikastlanishlar bilan og'riqan bemorlarga yo'qolgan funktsiyalarni tiklash yoki yangilarini topishda yordam berishdir. Yana bir sabab-tibbiyot talabalari va yosh olimlarni bemorlarni davolash va rehabilitatsiya qilishga jalb qilish, ularga bilim va zamonaviy va samarali texnologiyalarning keng turlarini rehabilitatsiya qilishga jalb qilish. Markaz turli xil murakkab kasalliklar va jarohatlar bilan og'riqan bemorlar bilan ishlashga mo'ljallangan va ular uchun eng yaxshi sharoitlarni yaratishga harakat qiladi. Shifoxona zamonaviy yuqori texnologiyali tibbiyot muassasasining namunasidir. Unda muhtojlarga keng ko'lamli tibbiy xizmatlarni amalga oshirish uchun barcha zarur sharoitlar mavjud.

“O'zbekiston Respublikasi aholisiga narkologik yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida”gi (2019-yil 3-oktabrdagi 842-son) qaroriga asosan, negizida Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi tashkil etildi. Respublika narkologiya markazi: Qoraqalpog'iston Respublikasi, Toshkent shahar va viloyatlar narkologiya dispanserlari Respublika narkologiya dispanserlari Markazning tashkiliy-uslubiy hududiy bo'linmalari hisoblanadi.

Markaz giyohvandlik vositalari va boshqa psixofaol moddalarni iste'mol qilishning oldini olish, davolash va rehabilitatsiya tadbirlarini tashkil etish, giyohvandlik kasalliklarini davolash va profilaktika qilish sohasida ilmiy tadqiqotlar olib borish hamda muassasalar faoliyatini muvofiqlashtirish bo'yicha tayanch muassasa hisoblanadi.

Markazda psixiatriya, narkologiya va psixoterapiya yo'nalishlari bo'yicha yuqori malakali mutaxassislar ishlaydi. Bemorni davolashda ko'p tarmoqli mutaxassislar jamoasi ishtirok etadi, bu esa tashxis qo'yish va davolash jarayonini optimallashtiradi. Bemorlarimiz tibbiyotning so'nggi yutuqlari, ilg'or diagnostika usullari, zamonaviy tibbiy asbob-uskunalar va davolashning isbotlangan samarali usullaridan foydalanish imkoniyatiga ega.

Markazimizda diagnostika va davolash biopsixo-ijtimoiy model asosida amalga oshiriladi, bu bizga har bir klinik holatni boshqarishda individual yondashuvni amalga oshirish va hozirgi profilga muvofiq terapevtik va profilaktika choralari rejalashtirish imkonini beradi.

Markaz quyidagi yo‘nalishlarga ega: klinik, ambulator va ilmiy.

Klinik yo‘nalishi: reanimatsiya bo‘limi, alkogolizm, giyohvandlik bilan og‘rigan bemorlar uchun profil bo‘limlari, psixoterapevtik, reabilitatsiya, fizioterapiya, klinik laboratoriya.

Ambulatoriya yo‘nalishi konsultativ-diagnostika klinikasi tomonidan taqdim etiladi. Narkologiya bo‘yicha RSNPM maslahat poliklinika markazi kompleks tibbiy dasturlar, jumladan psixoterapiya, psixofarmakoterapiya, funktsional va laboratoriya diagnostikasining zamonaviy usullari bo‘yicha ambulator davolanishni taklif qiladi. Maslahat poliklinikasida barcha zarur laboratoriya tekshiruvlari, ekspres-narkologik tekshiruv, ultratovush, EKG, fizioterapiya, massaj kabilar mavjud.

Markazda “Call Center” deb nomlanuvchi xizmat mavjud. Markaz shifokorlari va psixologlari giyohvandlikning barcha turlari - giyohvandlik, alkogolizm muammolarini hal qilishning mumkin bo‘lgan yo‘llarini taklif qilishga va psixofaol moddalarni iste‘mol qiluvchilarga ham, ularning qarindoshlariga ham psixologik yordam ko‘rsatishga tayyor.

Markaz ilmiy-tadqiqot, o‘quv va ta‘lim faoliyatini olib boradi. Markaz negizida tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining Narkologiya, tibbiy psixologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasini kursantlari, Toshkent tibbiyot akademiyasi psixiatriya va narkologiya kafedrasini tinglovchilari joylashgan va o‘qitiladi.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy tajriba almashish maqsadida yaqin va uzoq xorijning yetakchi ixtisoslashtirilgan markazlari bilan xalqaro hamkorlikda faol ishtirok etib, qo‘shma ilmiy loyihalar, konferensiyalar, narkologiya bo‘yicha malakali kadrlar tayyorlaydi.

**Xulosa:** Tibbiyot manzarasi rivojlanishda davom etar ekan, Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi mukammallikka sodiqligicha qolmoqda. Ushbu muassasa innovatsiyalarga astoydil sadoqat bilan, tibbiy taraqqiyotga tinimsiz intilish va sabr-toqatli parvarishga doimiy e‘tibor qaratib, sog‘liqni saqlashning o‘zgaruvchan qudratining yorqin namunasi bo‘lib xizmat qilmoqda. Uning yutuq merosi va u xizmat qilayotgan jamiyat farovonligiga bo‘lgan qat‘iy sadoqati, shubhasiz, ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya kelajagini ilhomlantirishda va boshqarishda davom etadi.

### **QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGANLAR BEMORLARDA REABILITATSIYA O‘TKAZISH VA NATIJALAR**

**Saidova Lyubat Boltaevna, Ergasheva Gulshan Toxirovna  
Buxoro Davlat Tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** reabilitatsiya davolash jarayonida qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarning adaptiv mexanizmlari holatini va reabilitatsiya potentsialini tavsiflovchi ko‘rsatkichlarning klinik ahamiyatini baholash.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqotga 2021-2023 yillar davomida Buxoro viloyat endokrinologiya dispanserida qandli diabet bilan og‘rigan 139 nafar bemor ko‘rikdan o‘tkazildi. 1-toifa qandli diabet (QD1) tashxisi bilan 67 nafar bemor (38 nafar erkak va 29 nafar ayol) 2019- 2022 yillarda 25 yoshdan 45 yoshgacha (o‘rtacha yoshi  $33\pm 4,6$  yosh), 2-toifa diabet (QD2) bilan kasallangan bemorlar 45 yoshdan 60 yoshgacha (o‘rtacha yoshi  $54\pm 6,7$  yosh) 72 (18 erkak va 54 ayol) edi. Qandli diabetga chalinganlarning kasallanganlik

davomiyligi 10 yildan oshmadi. Birinchi kuzatuv guruhiga bemorlar (QD1 - 44 kishi, QD2 - 49 kishi) kirdi, ularning reabilitatsiya dasturi bemorlarni shifoxonadan sanatoriyniing ixtisoslashtirilgan bo'limiga o'tkazishni o'z ichiga oladi (davolash kursi - 24 kun). Taqqoslash guruhida (QD1 - 23 kishi, QD2 - 23 kishi) bemorlar ambulatoriya sharoitida kuzatildi va javob berilgandan so'ng tavsiya etilgan reabilitatsiya tadbirlari majmuasi uyda o'tkazildi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar uchun jismoniy faoliyat rejimi differentsial tarzda aniqlandi: 1) jismoniy qiyin mashg'ulotlar (yaxshi kompensatsiyaga ega yosh va o'rta yoshdagi odamlar uchun); 2) tonik (yumshoq mashg'ulot) rejimi (diabet uchun yetarli kompensatsiyaga ega o'rta va keksa odamlar uchun); 3) jismoniy faoliyatni sezilarli darajada cheklash bilan tejamkor rejim (qandli diabet uchun etarli kompensatsiya va yuqori xavf darajasi bo'lgan yurak-qon tomir kasalliklari mavjudligi bilan). Bemorlari ovqat tarkibi, ozuqa moddalarining kaloriyasi va non birliklari soni hisobga olingan holda maxsus ishlab chiqilgan menyu bo'yicha ovqatlanirildi. Har bir bemor tekshirildi: statsionar davolanish bosqichida, sanatoriy-kurortda davolanish bosqichining oxirida va u tugaganidan keyin 3 oy o'tgach. So'rov dasturi, shuningdek, tananing adaptiv imkoniyatlarini baholashni o'z ichiga olgan holda - adaptiv potentsial (AP) - doimiy ravishda tana va atrof-muhit o'rtasidagi muvozanatni saqlashga sarflanadigan funktsional zaxirasi hisobga olindi. Bunda adaptiv potentsial 4guruhga bo'lindi. AP I - qoniqarli moslashish, AP II - kuchli moslashish, AP III - qoniqarsiz moslashish va AP IV - moslashishning muvaffaqiyatsizligi.

**Natijalar:** Kasalxonada dastlabki tekshiruv vaqtida QD1 bilan og'rigan bemorlarning 16,7 foizida (11 kishi) va QD2 bilan og'rigan bemorlarning 1,4 foizida (1 kishi) qoniqarli moslashuv (AP I) kuzatildi. Kuchli moslashuv mexanizmi (AP II) mos ravishda 37,3% (25 kishi) va 31,9% (23 kishi) da qayd etilgan. QD1 bilan og'rigan bemorlarda dekompensatsiya 29,9% (20) bemorlarda va QD2 da 36,1% (26 kishi) bemorlarda yomon moslashuv (AP III) bilan birga kelgan. Qandli diabetni nazorat qilish insulin terapiyasini olgan bemorlarda sezilarli darajada yaxshilandi. QD1 bilan og'rigan bemorlarda moslashuv etishmovchiligi (AP IV) 2 baravar kam uchraydi - 16,4% (11 kishi), QD2 bilan kasallangan bemorlarga qaraganda - 30,6% (22 kishi) yuqori kuzatilgan. (21 kishi), 46% (31 kishi) da "qoniqarli" AP qayd etildi, bu tananing reabilitatsiya qobiliyatining etarli darajada saqlanib qolganligini ko'rsatdi.

**Xulosa:** Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish sifatini oshirish, kompensatsiya va reabilitatsiya samaradorligini yaxshilash uchun sanatoriyalarda reabilitatsiya davolash bosqichlari zarur. Adaptiv potentsial qandli diabet bilan og'rigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya dasturlari samaradorligini kuzatish uchun yaxshi mezondir. Agar adaptiv potentsial boshlang'ich darajadan bir adaptiv potentsialga kamaysa, terapiya samaradorligini yaxshi deb hisoblash mumkin.

### NOEPIDEMIK BO'LMAGAN KASALLIKLARNI IDENTIFIKATSIYA QILISH UCHUN SKRININGNING AHAMIYATI

**Sapiohunova X.M.**  
**Andijon Davlat Tibbiyot Instituti**

So'nggi yillarda JSST Yevropa mintaqasidagi davlatlar ko'proq e'tiborni qarata boshladilar profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirishga. Ushbu yondashuv doirasida yangi skrining dasturlarini joriy etishga katta qiziqish paydo bo'ldi turli kasalliklar aniqlash uchun. Sog'liqni saqlash mutaxassislari va umuman jamiyat yaxshi tashkil etilgan skrining dasturlarini bilish, muayyan patologik sharoitlarni aniqlashga qaratilgan; aholi salomatligini mustahkamlash, mumkin bo'lgan zararni tushunish.

Skrining tekshiruvi indikativ jarayonidir. Vizual jarayon skrining uchun mo'ljallangan elak sifatida tasvirlangan bo'lishi mumkin kasallikka chalinganlikda gumon qilinganlar bilan kasallanganlarni ajratish ehtimol unda yo'q. Skrining tekshiruvi hech qachon 100% aniq emas; u aniqlikni ta'minlamaydi, faqat xavf ehtimolini ko'rsatadi istalgan kasallikning mavjudligi (yoki uning yo'qligi).

Skrining maqsadi sog'lom ko'rinadigan populyatsiyada ko'proq odamlarni aniqlashdir.

Maqsadida kasallik yoki patologik holatning yuqori xavfi ilgari davolash yoki aralashuvni taklif qiladi, bu esa o'z navbatida o'tkazgan ba'zi odamlarning sog'lig'i yaxshilanadi.

Skrining maqsadi ortib borayotgan xavf yoki mavjudligi haqida xabar berishdir patologik holat oqilona qabul qilishni osonlashtirish uchun parvarish yoki davolanishga oid qarorlar.

Skrining va erta tashxis turli tushunchalardir. Skrining takliflari asemptomatik populyatsiyalarni tekshirish, erta tashxis qo'yish patologik sharoitlarni imkonqadar tezroq aniqlash uchun mo'ljallangan mavjud belgilar ibo'lgan bemorlarda.

Ertata shxis dasturlari diagnostika va davolash xizmatlarini ko'rsatishdagi to'siqlar aholi, shuningdek, xizmat ko'rsatuvchi provayderlar o'rtasidagi to'siqlar aniqlash va bartaraf etishga qaratilgan. Bu dasturlar sog'liqni saqlash tizimining salohiyatini oshirishga hissa qo'shish va xizmatlar sifatini mustahkamlash, shuningdek, yo'llanma yo'nalishlarini tashkil etish bemorlarga ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish. Bularning barchasi skrining dasturini amalga oshirish uchun tayyorgarlik bosqichlarini ifodalaydi.

Skrining dasturlari aholining katta qismini tekshirishga qaratilgan.

Bu uskunalar, xodimlar, mumkin bo'lgan axborot texnologiyalari katta sarmoya talab qiladi sog'liqni saqlash tizimidan. Aksincha, erta tashxis dasturlari

Faqat mavjud bo'lgan odamlarga qaratilgan strategiyadir kasallik belgilari, ularning soni ancha kichik, shuning uchun ular resurslar nuqtai nazaridan arzonroq.

Skrining dasturlarining maqsadlari quyidagilardan iborat:

- erta aniqlash orqali o'lim darajasini pasaytirish va kasallikni davolash;
- aniqlash orqali kasallik bilan kasallanish darajasini pasaytirish va premorbid holatlarni davolash;
- zarur bo'lgan odamlarni aniqlash orqali kasallikning og'irligini kamaytirish, kasallik va samarali davolanishni taklif qilish;
- kasalliklar yoki xavf omillarini aniqlash orqali tanlovni kengaytirish, hayotning boshida ko'proq davolash imkoniyatlari mavjud bo'lganda.

Skrining – bu taxminiy identifikatsiya foydalanish orqali aniqlanmagan kasallik yoki nuqson bo'lishi mumkin bo'lgan testlar, testlar yoki boshqa protseduralar. Skrining testlari aniqlash imkonini beradi aftidan sog'lom odamlar azob chekayotganiga ishoniladi ba'zi kasalliklardan.

Shaxslar ijobiy yoki shubhali natijalar bilan tashxis qo'yish uchun shifokorlarga murojaat qilish va zaruriy davolashga boradi.

**AHOLI ORASIDA YUQUMLI BO‘LMAGAN KASALLIKLARNI OLDINI OLIHDA O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASINING “AHOLINING SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIK OSOYISHTALIGI TO‘G‘RISIDAGI” QONUNING TARG‘IB QILISH HAQIDAGI AYRIM FIKR-MULOHAZALAR**

**Sapioxunova Hilola Mo‘minovna, Naimova Zaynab Sattarovna**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**  
**Samarqand davlat tibbiyot universiteti**

**Dolzarbdigi:** Aholining sog‘lom turmush tarzi madaniyatini yuksaltirish chora-tadbirlarini avvalo oiladan boshlash lozim. «Sog‘lom turmush tarzi» O‘zbekiston Respublikasining Konstitutsiyasi, “Aholining sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi to‘g‘risidagi” qonuni, Inson huquqlari umumjahon Deklaratsiyasi, «Bola huquqlari to‘g‘risida» gi Konvensiya, O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M. Mirziyoyev nutq va ma‘ruzalarida ba‘n qilingan sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga oid fikrlar, O‘zbekiston Respublikasining «Jismoniy tarbiya va sport to‘g‘risida» gi qonun, sharq hamda Evropa olimlari va mutafakkirlarining sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga oid fikr va qarashlari mohiyatida o‘z ifodasini topgan. “Aholining sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi to‘g‘risidagi” qonunida ko‘rsatilgan sog‘lom turmush tarzi komponentlariga amal qilish yuqumli va yuqumli bo‘lmagan kasalliklarni oldini olishda asosiy omillardandir, shuning uchun unga har qanday sharoitda unga amal qilish shart. Sog‘lom turmush tarzi komponentlariga amal qilish yuqumli va yuqumli bo‘lmagan kasalliklarni oldini olishda asosiy omillardandir. Sog‘lom turmush tarzi komponentlaridan biri ratsional- oqilona ovqatlanishdir. Ovqatlanish-ijtimoiy iqtisodiy omil bo‘lib aholining tug‘ilish va o‘rtacha yashash davriga, sog‘lomlik holatiga, jismoniy rivojlanishiga, ish qobiliyatiga, kasallanish va o‘lim ko‘rsatkichlariga ta‘sir etadi. Ratsional- oqilona ovqatlanish qoidalarinig buzilishi ateroskleroz, koronar yurak etishmovchiligi, gipertoniya, oshqozon ichak kasalliklari, endokrin tizimi, o‘sma kasalliklari kelib chiqishiga ta‘sir etadi. Ratsional ovqatlanish organizmning kerakli miqdordagi ehtiyojini qondirishi bilan birga semirish, ateroskleroz, qandli diabet, oshqozon-ichak, yurak qon-tomir, endokrin, asab tizimi kasalliklari, hatto o‘sma kasalliklari oldini oladji. Ovqatlanish insonning umr ko‘rish, salomatlik holati alimantar omil-ovqatlanish bilan bog‘liq bo‘lib Butun jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti “Sog‘lom ovqat- yaxshi sog‘liq” shiori ostida sayyoramizda ovqatlanish muammolarini hal qilish uchun ratsional ovqatlanishni targ‘ib etish mavzusida seminarlar mashg‘ulotlar tashkil etishadi. O‘zbekistonda aholi orasida yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning oldini olish, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va jismoniy faollik darajasini oshirish maqsadida «To‘g‘ri ovqatlanish va sog‘lom turmush tarzi» umummilliy harakati yo‘lga qo‘yilgan. Bu haqda 2023 yilgi davlat dasturi loyihasida aytib o‘tilgan.

**Tadqiqot maqsadi:** Sog‘lom turmush tarzi komponentlari, ratsional-oqilona ovqatlanish qoidalari, asosiy ovqat moddalari-nutrientlarning gigienik normalari buzilganda yurak qon-tomir kasalliklari kelib chiqish holatlarini, zararli odatlar to‘g‘ri- oqilona ovqatlanish tamoyillariga rioya qilmaslik, tarkibida tuz, qand va yog‘ miqdori ko‘p bo‘lgan hamda xamirli taom va shirinliklarni, non mahsulotlarini me‘yoridan ortiq iste‘mol qilish, ovqatlanish maromiga rioya qilmaslik va kechki uyqu oldidan ovqatlanish yurak qon tomir kasalliklarining kelib chiqishining asosiy sabablaridan biri ekanligini o‘rganish.

**Materiallar va tadqiqot usullari:** Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy – amaliy tibbiyot markazida davolangan 135 ta bemorlarining kasallik tarixi va anketa savollari asosida bemorlarnig sog‘lomlik holati va ovqatlanish statusi o‘rganildi. Bemorlarning haqiqiy vazni ertalab nonushtadan oldin tibbiy tarozi yordamida o‘lchandi, ideal vazni Brok

formulasi, Brok indekslari, nomogramma yordamida hisoblandi. Biomass Kettle indeksi yordamida ovqatlanish statusi -holati o'rganildi.

Tadqiqot natijalar va mulohazalar: 135 ta bemordan 78ta ayol, 57ta erkak. YOsh guruhi bo'yicha 18-29 yosh- 2%, 30-39 yosh-8%, 40-59 yosh- 48%, 60 yoshdan yukori 42 % tashkil etdi. Biomass Kettle indeksi yordamida ovqatlanish statusi -holati:18% bemorda gipotrofiya, shundan 9%-I darajali gipotrofiya, 6% - II darajali gipotrofiya,3%-III darajali gipotrofiya. Adekvat ovqatlanish - 8%, 18% -oqilona ovatlanish.Ortiqcha ovqatlanish natijasida semirish 56% bemorda, shundan :I darajali semirish- 16%, II darajali semirish - 29%,III darajali semirish-11%. Anketa savolariga javoblar o'rganib chiqilib,tahlil qilindi. Tekshirilgan bemorlar to'g'ri ovqatlanish tamoyillariga amal qilmaganlarini, tarkibida tuz, qand va yog' miqdori ko'p bo'lgan hamda xamirli taom va shirinliklarni, non mahsulotlarini me'yoridan ortiq iste'mol qilganliklarini bildirishdi. Bemorlar o'rtasida sog'lom turmush tarzini,sog'lom ovqatlanish madaniyatini keng targ'ib qilish, shu jumladan, tartibsiz va kechki uyqu oldidan ovqatlanish odatlaridan voz kechish haqida suhbatlar, ushuntirish ishlari olib borilgandan so'ng oxirgi 6 oy davomida oqilona ovqatlanishga rioya qilganliklarini bildirishdi va quyidagicha savolarga javob berishdi. Sog'lom ovqatlanish tarzi bo'yicha nimalarga amal qilayapsiz?- 37% - anchadan beri to'g'ri ovqatlanish tartibiga o'tganman. 28% - ko'proq meva, sabzavot eyman, 6% -shakar iste'mol qilishni to'xtatdim, 8% -pishiriq va qandolat mahsulotlaridan tiyildim, 6% - taomlar tuzi pastroq bo'lishiga harakat qilyapman, 11%- gazli ichimliklarni to'xtatdim, 18% -qovurilgan va eg'li taomlarni istemol qilishni kamytirdim deb javob berishdi. Jismoniy faollikga qanday amal qilyapsiz? 38%-Ko'proq piyoda yurishga harakat qilyapman, 21%-jismoniy mashqlar bilan shug'ullanyapman, 24%-Jismoniy mehnatni ko'paytirdim, 11%- anchadan beri qiziqib yurgan narsamni o'rganishga kirishdim,6%- ovqat eb, uxlayapman.

**Xulosa:** Tekshirish natijalaridan shunday xulosa qilindi: Sog'lom turmush tarzi komponentlariga, ratsional- oqilona ovqatlanishga amal qilmaslik yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarni, jumladan yurak -qon tomir kasalliklarini keltirib chiqiruvchi omillardan biridir. Sog'lom yashash tarzi komponentlariga amal qilish, aholining tibbiy madaniyatining oshganligini ko'rsatadi va yanada oshirish uchun O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Sog'lom turmush tarzini keng tatbiq etish va ommaviy sportni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi farmoni asosida. Jismoniy tarbiya va ommaviy sport bilan muntazam shug'ullanish hamda sog'lom turmush tarzi bo'yicha hayotiy ko'nikmalarni shakllantirish orqali har bir fuqaroda kasallikka qarshi kuchli immun tizimi paydo bo'lishini ta'minlash, zararli odatlardan voz kechish, to'g'ri ovqatlanish tamoyillariga amal qilish, tiklash va reabilitatsiya ishlari hamda ommaviy jismoniy faollik tadbirlarini tizimli va samarali tashkil qilish, bu borada tegishli infratuzilma va boshqa zarur shart-sharoitlarni yaratish maqsadida.

Quyidagilar Sog'lom turmush tarzini hayotga keng tatbiq etish va ommaviy sportni yanada rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari etib belgilansin:aholi turli guruhlarining sog'lom ovqatlanishga bo'lgan ehtiyojlarini qondirishni ta'minlaydigan shart-sharoitlar yaratish, tarkibida tuz, qand va yog' miqdori ko'p bo'lgan hamda xamirli taom va shirinliklarni, non mahsulotlarini iste'mol qilishni qisqartirish, zararli odatlardan, xususan, alkogol va tamaki mahsulotlarini iste'mol qilishdan voz kechish yo'li bilan kasallikka chalinish, ortiqcha vazn holatlari (semizlik) va bevaqt vafot etishni kamaytirish;aholi o'rtasida sog'lom ovqatlanish madaniyatini keng targ'ib qilish, shu jumladan, tartibsiz va kechki uyqu oldidan ovqatlanish odatlaridan voz kechish;sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya etilishini oilalar, mahallalar, maktabgacha ta'lim va umumta'lim muassasalari darajasida sog'lom turmush tarzining ajralmas qismi sifatida ekanligini targ'ib etishni taqozo qiladi. mush olzarbligi: Aholining sog'lom turmush tarziD madanini ksaltirish chora

tadbirlarini avvalo, oiladan boshlash lozim. ddddD tarzi madaniyatini yuksaltirish chora tadbirlarini avvalo, oiladan boash lozim.og'lom turmush tarzi madaniyatini yuksaltirish chora tadbirini avvalo, oiladan boshlash lozim.

## **BILIAR PANKREATITNI GERONT AHOLIDA MEXNAT FAOLIYATIGA BOG'LIQ XUSUSIYATLARI**

**Suyunov D.M., Madazimov M.M., Mamasoliev N.S., Kalandarov D.M.**  
**Andijon davlati tibbiyot instituti.**

Pankreatit bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar ko'rsatadiki, uning tarqalishi chastotasi 100 000 aholiga 2-8 holatni yiliga tashkil etadi, operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichi 20-45% ni tashkil qiladi va ohirgi yillarda kasalxonaga yotqizilganlar orasida uni o'sib borayotganligi kuzatilmoqda (Ivashkin V.T. va b.q., 2019).

**Tadqiqot maqsadi:** Biliar pankreatitni gerontologik yoshli aholi populyasiyasida aniqlanish chastotasini ma'lumot darajasiga bog'liq holda ifodalanishini o'rganish.

**Materila va metod.** Tadqiqot Farg'ona vodiysining Farg'ona shahrida o'tkazildi. Dizayni bo'yicha u bir vaqtli epidemiologik tadqiqot xisoblanadi. Uning materiallarini aniqlashda epidemiologik tadqiqotning bosh talabi uning biliar pankreatitni ma'lum bir (tekshiruv) paytdagi manzarasini taqdim eta olish xisobga olindi.

Ohirgi saylov ruyxati bo'yicha Farg'ona shahrining 15 000 ta  $\geq 60-90$  yoshli aholisi ajratildi. 10% tanlov usuli qo'llanilib tadqiqot uchun yakuniy mutloq aholi soni 1500 ta ajratildi (882 ta ayolar va 618 ta erkaklar). Ushbu aholi to'liq kompleks epidemiologik tekshiruvdan 2020-2023 yillari o'tkazildi.Farg'ona guruxidagi gerontologik aholi populyasiyasida biliar pankreatitni tarqalish chastotasini oliy va o'tra ma'lumotli axoli orasida o'rganildi. Ma'lum bo'ldiki, gerontologik yoshdagi aholi populyasiyasiga ma'lumotlilik darajisini ham biliar pankreatitni xatar omili sifatida ma'lum qilindi. Unga bog'liq holda biliar pankreatit xos epidemiologik xususiyatlar bilan aniqlanadi. (OR= 1.07; SI=[0,69-1,68]; S<sub>2</sub>=0,1; R>0,05).

**Tadqiqot natijalari:** CHunonchi, uning tarqalish chastotasi tafovut bilan oliy ( 23% ) va o'rta ma'lumotlilarda ( 27% ) tasdiqlanadi ( R= 0,893 ). Bundan tashqari turli yosh guruxida ham shunday tafovutni aks etdirib BP oliy ma'lumotli va o'rta ma'lumotlilarda quyidacha tarqalish chastotalari bilan tavsiflanadi: 60-74 yoshda- 21,2% va 27,0% dan, 75-89 da- 31,6% va 24,9% dan, > 90 yoshdan o'tganlarda 0,00% va 48,1% dan. Oliy va o'rta ma'lumotlilarda BPni kelib chiqish xavfi keksa aholida - to 21,2% va 27,0% ga etib, qariya aholida - 31,6% dan 24,9% gacha etib, va geront aholida - 0,00% dan 48,1% gacha etib tasdiqlanadi.

**Xulosa:** Bu ma'lumotlardan biliar pankreatitning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasini asosi sifatida foydalanish mumkin yoki ular davolash-prediktiv-reabilitatsiya dasturlarini gerontologik yoshdagi aholida tuzishda hamda amalga oshirishda tavsiya etiladi.

## **BILIAR PANKREATITNI GERONT POPULYASIYADA OVQATLANISH TARTIBIGA BOG'LIQLIGI**

**Suyunov D.M., Mamasoliev N.S., Madazimov M.M., Mamasoliev Z.N.**  
**Andijon davlati tibbiyot instituti.**

**Kirish:** Biliar pankreatitni davolashda ko'pchilik tadqiqotchilarning tasdiqlagan xulosalari shuni ko'rsatadiki, o'tkir (biliar) destruktiv pankreatit, ayniqsa gerontologik yoshli

aholida, ularni davolash murakkab va og‘ir muammolaridan biridir (S.F. Poshenko va b.q. 2014).

**Maqsad:** Ovqatlanish tartibiga rioya qilmaslik gerontologik populyasiyada biliar pankreatitni xatar omili sifatida ta‘sirini o‘rganish.

**Material va metod:** Tadqiqot Farg‘ona vodiysining Farg‘ona shahrida o‘tkazildi. Dizayni bo‘yicha u bir vaqtli epidemiologik tadqiqot xisoblanadi. Uning materiallarini aniqlashda epidemiologik tadqiqotning bosh talabi uning biliar pankreatitni ma‘lum bir (tekshiruv) paytdagi manzarasini taqdim eta olish xisobga olindi.

Ohirgi saylov ruyxati bo‘yicha Farg‘ona shahrining 15 000 ta  $\geq 60-90$  yoshli aholisi ajratildi. 10% tanlov usuli qo‘llanilib tadqiqot uchun yakuniy mutloq aholi soni 1500 ta ajratildi (882 ta ayolar va 618 ta erkaklar). Ushbu aholi to‘liq kompleks epidemiologik tekshiruvdan 2020-2023 yillari o‘tkazildi. Alimentar xatar omili yana bir tur populyasiyada – “muntazam ovqatlanish odati” va “nomuntazam ovqatlanish odati”ni epidemiologik tavsiflari aniqlanadi va baholanadi. Rejim asosida ovqat iste‘mol qiluvchilar, rejimga rioya etmaydiganlarga nisbatan 64% holatda kamroq biliar pankreatit bilan kasallanishga moyil ekanligi isbotli asoslandi [OR 0.36], ishonch intervali va Fisherning r qiymati ham ushbu natijani statistik ahamiyatga ega ekanligini ko‘rsatdi [CI 95% 0.26 - 0.5;  $p < 0,05$ ]. “muntazam ovqatlanish” va “nomuntazam ovqatlanish” odatlarini gerontologik yoshdagi Farg‘ona aholisida tarqalish chastotasini va biliar pankreatitga bog‘liqliklarini epidemiologik tavsifni ifodalash xususiyatlari o‘rganildi.

**Tadqiqot natijalar:** Ularning tahlili natijalariga ko‘ra ovqatlanish omilini roli biliar pankreatitni shakllanishida va kechishida 26,1% ni tashkil etib tasdiqlandi: 60-74 yoshlilarda -26,1%, 75-89 yoshlilarda 24,7% va  $\geq 90$  yoshlilarda -46,4% ni tashkil qildi [OR=0,36; CI=[0,26-0,5];  $X^2=39,35$ ;  $P < 0,05$ ].

BP bor va yo‘qligida muntazam ovqatlanish odatini gerontologik  $\geq 60-90$  yoshli aholi populyasiyasida -54,0% va 12,0% dan ( $r=0,034$ ), 60-74 da -50,0% va 12,0% dan ( $r=0,001$ ), 75-89 yoshlilarda 64,5% dan 9,4 dan ( $r=0,001$ ), hamda  $\geq 90$  yoshlilarda -75,0% va 25,0% dan chastotalarda tasdiqlanadi ( $r=0,001$ ).

**Xulosa:** Alimentar omilni roli biliar pankreatitni kelib chiqishida 75,0% gacha kuzatilishi epidemiologik tadqiqotlarda ishonchli o‘z isbotini topdi. Ushbu keng taqalgan va kuchli xatar omilini hisobga olish, ularni profilaktikasida dasturlarni amalga oshirish 93% gacha tibbiy iqtisodiy yo‘qotishlarni BP bilan GYOA da kamaytiradi.

## **BUYRAK DISFUNKSIYASI DARAJASIGA KO‘RA SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BOR BO‘LGAN BEMORLARDA BUYRAKLARNING QON AYLANISH KO‘RSATKICHLARINING XUSUSIYATLARI**

**Tagayeva D.R., Masharipova D.R., Zakirova G.A., Ibabekova Sh.R., Sadiyeva Z.A.**  
**«Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy amaliy markazi»**  
**Toshkent, O‘zbekiston**

**Tadqiqot maqsadi:** Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuE) bor bo‘lgan bemorlarda buyraklarning qon aylanish ko‘rsatkichlarini, buyrak disfunktsiyasi (BD) darajasini hisobga olgan holda o‘rganish.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Nyu-York kardiologlar Assotsiatsiyasi tasnifiga binoan SYuE bilan 205 ta bemor tekshirildi, ular I (59 ta bemor), II (91 ta) va III (55 ta) funksional sinf (FS) holida taqsimlandilar. Bemorlarning o‘rtacha yoshi  $60,5 \pm 7,16$  yoshni tashkil qildi. Barcha bemorlarda zardobdagi kreatinning miqdori aniqlandi, CKD-EPI formulasi bo‘yicha ko‘ptokchalar filtratsiya tezligi (hKFT) hisoblandi. hKFT bo‘yicha

bemorlar 2 ta guruhga bo'lini:  $30 < \text{hKFT} \leq 60$  ml/daqqa/1,73m<sup>2</sup> – 93 ta,  $\text{hKFT} \geq 60$  ml/daqqa/1,73m<sup>2</sup> – 112 ta bemor. Dopplerografiya usuli bilan buyraklarda qon aylanishi tekshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** SYuE I FS bo'lgan bemorlarda o'ng va chap buyrak arteriyasida Vs  $57,7 \pm 7,6$  sm/sek va  $54,7 \pm 9,3$  sm/sek ni tashkil qildi, shunda Vd sm/sek ko'rsatkichi  $17,32 \pm 3,1$  sm/sek va  $16,04 \pm 4,3$  tashkil qildi. Shu guruh bemorlarni nazorat guruhi ko'rsatkichlari bilan solishtirganda PI ko'rsatkichi  $-28,1\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $23,7\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, RI –  $0,71 \pm 0,05$   $6,7\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $1,2\%$  ( $r > 0,05$ ) ga, Vmean tezligi pasayishi –  $41,9\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $36,5\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, Vd pasayishi –  $22,4\%$  ( $r < 0,005$ ) va  $3,1\%$  ( $r > 0,05$ ) sm/sek ekanligi aniqlandi. SYuE II FS bo'lgan bemorlarda o'ng va chap buyrak arteriyalarida PI ko'rsatkichi –  $31,2\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $23,6\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, xamda RI –  $7,5\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $1,1\%$  ( $r > 0,05$ ) ga oshgani, Vmean tezligi pasayishi –  $55,9\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $57,2\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, Vd –  $35,3\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $18,7\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, Vs –  $16,8\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $14,6\%$  ( $r < 0,001$ ) ga o'zgartirgani nazorat guruhi ko'rsatkichlari bilan solishtirganda qayd qilindi; SYuE III FS bo'lgan bemorlarda o'ng va chap buyrak arteriyalarida PI ko'rsatkichi –  $29,7\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $22,9\%$  ( $r < 0,001$ ) ga oshgani, Vmean tezligi pasayishi –  $60,6\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $56,2\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, Vd –  $36,1\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $19,1\%$  ( $r < 0,001$ ) ga, Vs –  $21,5\%$  ( $r < 0,001$ ) va  $18\%$  ( $r < 0,001$ ) ga o'zgartirgani nazorat guruhi ko'rsatkichlari bilan solishtirganda qayd qilindi. Buyraklar disfunktsiyasi buyraklarda qon aylanishi yomonlashishi bilan bog'liq bo'ldi:  $\text{hKFT} \leq 60$  ml/daqqa bo'lgan bemorlarda ko'tarilishi  $\text{hKFT} > 60$  ml/daqqa bo'lgan bemorlar bilan solishtirganda o'ng va chap buyrak arteriyalarida Vs  $15,4\%$  ( $r < 0,01$ ) va  $17,8\%$  ( $r < 0,01$ ) ga, Vd  $17,1\%$  ( $r < 0,05$ ) va  $18,3\%$  ( $r < 0,01$ ) ga pasayishi, rezistiyentlik indeksi  $12,9\%$  ( $r < 0,05$ ) va  $13,4\%$  ( $r < 0,05$ ) ga ko'tarilishi, puls indeksi  $9,9$  va  $11,1\%$  ekanligi aniqlandi.

**Xulosalar:** Nazorat guruhi bilan solishtirganda SYuE I–III FS bo'lgan bemorlarning o'ng va chap buyrak arteriyalarida chiziqli qon aylanishi ko'rsatkichlari pasayishi, tomir devori qarshiligi RI va PI ko'tarilishi ishonarli darajada qayd qilindi; hamda BD darajasi oshganda ishonarli darajada RI va PI ko'rsatkichlarining oshishi kuzatildi. SYuE bo'lgan bemorlarda kasallik zo'rayishi bilan birga buyraklar funksiyasini subklinik buzilishlari qayd etiladi. Shunday qilib, SYuE bor bo'lgan bemorlarda buyrak gemodinamikasini baholash, BD erta tashxislash uchun qo'llanilishi mumkin.

## **BOLALARDA RIGID YASSI OYOQLIKNI JARROHLIK DAVOLASHNING OPTIMAL USULLARINI ANIQLASH.**

**Umarov X.I. Xodjanov I.Yu**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Mavzu dolzabligi:** Bugungi kunda yassi oyoqlik – tayanch harakat tizimining eng keng tarqalgan deformatsiyalaridan biridir. Bundan tashqari, yassi oyoqlikning 90 foizi orttirilgan va atigi 5% – tug'ma nuqsonlar egallaydi. Oyoqning holati butun organizmning umumiy holatini aks ettiradi. Bolalardagi yassi oyoqlikning rigid shakli tayanch-harakat tizimining umumiy patologiyasi holatlarining 18 dan 20% gacha uchraydi. Hozirgi vaqtda rigid yassi oyoqning davolash uchun ob'ektiv diagnostika algoritmlari ishlab chiqilmagan. Diagnostika uchun oshiq suyaklarning zo'riqishi, deformatsiyasi, oyoq harakatchanligi va boldir orqa muskuli disfunktsiyasiga qarab aniqlanmagan. Rigid yassi oyoq mushaklar, suyaklar va bo'g'imlardagi tarkibiy o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi. Shuning uchun uning asosiy funksional sifatlaridan biri yukga chidamlilik bo'lib, bu ikki omilning uyg'un kombinatsiyasiga bog'liq: suyak yo'ylarining balandligi va oyoq kamarini ushlab turgan mushak-boylam apparatlarning mustahkamligi.

Yassi rigid oyoqlikning patologik variantlari, ular orasida oshiq suygini tugma vertikal holati, tarsal koalitsiyalar, valgus qo'shilgan oyoq, neyrogen oyoq deformatsiyalari va Axilles poyining qisqarishi bilan gipermobil yassi oyoqlik bo'g'imlarida turli darajadagi cheklangan harakatchanlik bilan tavsiflanadi.

Yassi oyoq aniqlash uchun Jask testi, "barmoq testi" va oyoqning passiv egilishi va inversiyasini qo'lda baholash qo'llaniladi. Ammo rigid yassi oyoqlikni aniqlash uchun ob'ektiv mezonlar hali ishlab chiqilmagan.

Kalit so'zlar: bolalar, rigid yassi oyoqlik., artrodez, jarrohlik davolash.

**Ilmiy ishning maqsadi:** rigid yassi oyoqlikda harakatchanlik indeksi, siqilish koeffitsientini yaxshilash va reabilitatsiya davrining qisqarishiga qarab bolalarda rigid yassi oyoqlikni jarrohlik yo'li bilan davolashning optimal usullarini aniqlash.

**Materiallar va usullar:** Rigid yassi oyoqlikni 2-3-darajali og'irlikdagi shakllarini davolash samaradorligi 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 51 (102 fut) bolalarda tahlil qilindi, ular asosiy va nazorat guruhlariga bo'lingan. Klinik va rentgenologik diagnostika usullari qo'llanilgan.

Asosiy guruhdagi bemorlar (34 bola) suyak va yumshoq to'qimalarda jarrohlik amaliyotini o'tkazdilar. Nazorat guruhidagi bemorlar (17 nafar bola) subtalar artroerez usuli yordamida operatsiya qilindi.

**Natijalar:** Subtalar artroerez usuli yordamida oshiq suyaklarning deformatsiyasi, oyoq harakatchanligi va boldir orqa muskuli disfunktsiyasining og'ir bosqichida qo'llashda jarrohlik davolash samarasiz bo'lib chiqdi.

Ijobiy natijalar kichik boldir uzun poyi transpozitsiyasi, boldir orqa muskuli poyini qisqartiri bilan birgalikda qo'shma qayiqsimon va ponasimon suyaklar artrodezidan foydalanish orqali olingan.

**Xulosa:** Yassi oyoqlik bolalar ortopedlari amaliyotida eng keng tarqalgan shartlardan biridir (Konyuxov, Lapkin, 2000, 2003). Ko'pgina bolalar uchrashuvga mobil yassi oyoq deb ataladigan kasallik bilan kelishadi, bu esa davolanishni talab qilmaydi. Shu bilan birga, davolashni talab qiladigan yassilangan yo'lar (masalan, tug'ma vertikal talus, tarsal koalitsiyalar, valgus qo'shilgan oyoqlik va neyrogen oyoq deformatsiyalari) mavjud bo'lgan bir qator holatlar mavjud. Bolalarda yassi oyoqlikni tashxislash va baholashning asosiy printsipti dastlab yassi oyoqlikning patologik shakllarini fiziologiklardan ajratishdir.

Bolalarda rigid yassi oyoqlikni og'irlik darajasini davolashda, qayiqsimon suyagining siqilish nisbati, harakatchanlik indeksi va boldir orqa muskuli poyini disfunktsiyasi bosqichini hisobga olish kerak.

Tadqiqot Xelsinki deklaratsiyasi tamoyillariga muvofiq amalga oshirildi. Tadqiqot uchun ota-onalar va bolalardan xabardor qilingan rozilik olindi.

## **BOLALARDA BRONXIAL ASTMADA RESPERATOR MIKROBITANI KASALLIK KECHISHIDA AXAMIYATI**

**Urumboeva Z.O., Karimova N.I., Sarimsaqova M.I.**  
**Andijon davlat tibbiyot institute**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bronxial astma hozirgi kunda resperator kasalliklardan bolalar o'rtasida progressiv ravishda o'sib borayotgan kasallik bo'lib qolmoqda. Nafas yo'llari mikrobiotisini buzilishlari BA kasalligini indikator bo'lishi mumkinligi aytilmoqda.

**Mavzuning maqsadi:** Bronxial astma kasalligida nafas yo'llari mikrobiotasini o'zgarishlarini aniqlash.

**Tadqiqot material va usullari:** Bizda Bronxial astma(BA) kasalligiga chalingan 5-14 yoshgacha 42 nafar bemorlar (I) va o'tkir obstruktiv bronxit (O'OB) kasalligiga chalingan 5-15 yoshgacha 35 nafar bolalar (II) tekshirildi. Nazorat guruhi uchun xuddi shu yoshdagi 30 nafar sog'lom bolalar tekshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** Mikrobiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatkidiki, BA da shartli patogen mikroorganizmlar ko'rsatkichi referensli intervallar o'rtasida bo'lgan, ularning miqdori statistik jihatdan ancha yuqori, nazorat guruhiga qaraganda, Haemophilus influenzae (28103 KOE/ml) bundan mustasno. Bundan tashqari, BA kasalligiga chalingan bemorlarning burun shilliq qavatidan olingan mikrobiologik tekshiruvlarning bemorlar guruhida Streptococcus haemolyticus (1,5103 KOE/ml), Enterococcus faecium (103 KOE/ml), Enterococcus faecalis (103 KOE/ml) aniqlanib, ular nazorat guruhida aniqlanmagan edi ( $P<0,001$ ).

BA da immun mikrobial floraning statistik jihatdan yuqori miqdori aniqlandi, 106 KOE/ml dan yuqori. BA kasalligiga chalingan bemorlar nazorat guruhida mikroorganizmlar turining statistik muhim yuqori miqdori Staphylococcus (5106), Streptococcus (108 KOE/ml) va Enterococcus (5104 KOE/ml) aniqlandi. ( $P<0,001$ ). Bu guruhda BA kasalligiga chalingan bemorlarda obstruktiv bronxidlarga qaraganda Enterococcus oilasi sezilarli darajada yuqori miqdori aniqlandi. ( $P<0,001$ ). BA da burun xalqum shilliq qavatining mikrob tarkibining umumiy xususiyti, nazorat guruhida mikrob florasini umumiy miqdori, shuningdek barcha tekshirilayotgan mikroorganizmlarning statistik jihatdan ahamiyati yuqori miqdorda (Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus, Enterobacteriaceae) mikroorganizmlar aniqlandi. Qaytalanuvchi OB Bronxial obstruksiya sindromi(BOS) bilan kasallangan bolalarda nisbiy guruhlarda statistik ahamiyati yuqori mikroorganizmlar staphylococcus spp.(5,2105 KOE/ml), Streptococcus spp. (106 KOE/ml) va Enterobacteriaceae spp. (105 KOE/ml) turlari aniqlandi ( $P<0,001$ ). O'OB kasalligiga chalingan bemor nazorat guruhida Enterococcus mikroorganizmlar turi aniqlanmadi.

Teksiruvlar shuni ko'satdiki Staphylococcus bakteriyaning turini tarkibini o'rganganimizda, BA kasalligiga chalingan bemorlar burun- xalqum shilliq qavatida Staphylococcus aureus shtami yuqori sonlarda ortganini ko'rsatdi. Turli ko'rinishdagi katta mikroorganizmlar, Staphylococcus: oilasiga mansub S.epidermidis, S.haemolyticus, S.hominis, S.cohnii, S.capitis, S.hyicus turlari aniqlandi. BA kasalligida burun shilliq qavatida S. aureus (15,5103 KOE/мл), S. Epidermidis (104), S. haemolyticus (104 KOE/мл), S.hominis (300 KOE/мл), S.cohnii (104 KOE/мл), S.capitis (104 KOE/мл), S.hyicus (5,5103 KOE/мл) ortishi qiziqish uyg'otadi.

**Xulosa:** BA kasalligida shartli-patogen mikroorganizmlar Staphylococcus turi boshqa patologik bakteriyalarga qaraganda ko'proq aniqlandi. Burun xalqum shilliq qavatining Enterobacteriaceae va Enterococcus oilasiga mansub shartli-patogen bakteriyalarni ortishi, shubhasiz BA kasalligini rivojlanishi va disbiotik o'zgarishlarga olib keladi. Aniqlandiki, BA da yaqqol disbiozni o'rni shundaki BA kasalligiga chalingan bolalarda tashxislash va davolashni prognostik markeri xisoblanadi va kasallikni uzoq davom etishiga sabab bo'ladi.

## **COVID-19 KASALLIGIDA O`PKA FIBROZINING KECHISHI**

**Usmonov B.U., Mamasaliev N.S, Dalimova M.M, Dalimov A.A.**  
**Andijon davlat tibbiyot institute.**

**Tadqiqot maqsadi:** Covid-19 bilan kasallangan odamlar orasida postkovid sindromi juda keng tarqalgan. Postkovid sindrom bo'yicha tarqoq epidemiologik tadqiqotlar, shunga qaramay, uning yuqori dolzarbligini ko'rsatadi. Postkovid sindromning ko'rinishlaridan biri

o'pka fibrozining (O'F) rivojlanishi hisoblanadi. Ushbu tezis postkovid sindromi bo'lgan bemorlarda O'F ning epidemiologiyasi, immunomorfo giyasi, shuningdek rentgenomorfologik va funktsional xususiyatlari bo'yicha adabiy ma'lumotlarni tahlil qilishga bag'ishlangan. Klinik amaliyot shuni ko'rsatadiki, COVID-19 bilan og'ir bo'lgan odamlarda eng ko'p uchraydigan postkovid sindromning turli fenotiplari va O'F rivojlanish chastotasiga e'tibor qaratiladi.

**Tadqiqot material va usullari:** Ushbu tezis SARS-COV-2 sabab bo'lgan virusli infektsiya bilan bog'liq bo'lgan O'F fenotipiga bag'ishlangan. Ushbu maqolada O'F ta'rifi, epidemiologiyasi, O'F rivojlanishining molekulyar biologik mexanizmlari, gipoksemiya va giperoklarning roli, O'F rivojlanishiga genetik moyillik, O'F ning rentgenomorfologik xususiyatlari va istiqbolli davolash usullari izchil ko'rib chiqiladi.

**Tadqiqot natijalari:** Sars-cov-2 virusining molekulyar biologik replikasiya mexanizmlari intensiv ilmiy tadqiqot sohasidir. Infektsionning birinchi kunlariga cho'zilgan qisqa inkubatsiya davri burun shilliq qavatining epiteliya hujayralarida virusning ko'payishi bilan tugaydi. Biologik maqsad apikal qismida an-giotensinga aylantiruvchi ferment 2 (APP-2) ifodalangan hujayralardir. Ammo APP-2 renin-angiotensin tizimini tartibga solishda muhim rol o'ynashi aniqlandi. APP-2 ning yuqori zichligi burun shilliq qavatining neyroepiteliysida sodir bo'ladi. Hidni yo'qotish nervus olfactorius ishtirok etadigan neyro-yallig'lanish jarayonini aks ettiradi. Ba'zi bemorlar ta'mni idrok etishdagi o'zgarishlarni qayd etdilar, bu nervus vagus, nervus glossopharyngeus ta'm lampalarining yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Gipoksiya va giperoksiya O'F rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan omillardir. Fibroenez jarayonida og'riq-og'riq o'sish omili b (TFR-b) ga beriladi. Fibroblast-mi gialuron kislotasini ishlab chiqarish gipoksiya bilan ortadi [13]. Tfr-b ning bir nechta izo shakllari ma'lum, 3-izofom gialuron kislotasi sintezi bilan bog'liq.

Gipoksiya boshqa sitokinlarni ham o'zgartiradi, fibroblast proliferatsiyasi jarayonida trombositlar o'sishi faktiga katta rol beriladi. Ushbu sitokin glikozaminoglikan fibroblastlari tomonidan ishlab chiqarishning ste-mulyatsiyasi va keyinchalik ularning miyofibroblastlarga differentsiatsiyasi bilan bog'liq. Fibroblastlar va miofibroblastlarning biologik faolligi kollagenning hujayradan tashqari bo'shliqda cho'kishiga olib keladi, bu fibro hosil bo'lishining asosiy jarayonidir.

**Xulosa:** Postkovid sindrom bugungi zamonaviy tibbiyot hamjamiyatimning dolzarb muammosidir. Covid-19 bilan kasallangan odamlarning ko'pchilik qismida O'F rivojlanadi, uning klinik ko'rinishlari koronavirus infeksiyasining dastlabki belgilari emas. Dastlabki virusemiya davrida kasal odamni uyqusiz qoldirishi mumkin bo'lgan nafas qisilishi o'pka parenximasining fibrotik qayta tuzilishi bilan bog'liq emas. Biroq, postkovid sindromning nogironlik belgilaridan biri sifatida hukmronlik qilishi mumkin bo'lgan nafas qisilishi ko'pincha o'pka parenximasining fibrotik jarayonining rivojlanishi bilan bog'liq. O'F rivojlanishini bashorat qilish COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda rivojlanadigan patologik jarayonlarning og'irligini baholashga asoslangan bo'lishi mumkin.

## OQ ZOTSIZ KALAMUSHLARDA PROSTATA BEZI RIVOJLANISHINING ANATOMIK VA MORFOLOGIK PARAMETRLARINI O'PKA FIBROZI BO'LGANDA O'RGANISH

Fayzullaev K.N.1, Kenjaev L.R. 1, Tashaev Sh.J.2

1. Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali.

2. Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

**Annotasiya:** Oxirgi yillarda Uzbekistonda ham prostata bezining kasalliklarining uchrash darajasini nisbatan oshganligi va ularning yosharganligi va ba'zi xolatlarda kechikib aniklanmoqda. Prostata bezining to'qimalari tuzilmalarini gistologik, gistokimyoviy, morfometrik va morfologik-matematik tahlili asosida prostata bezining surunkali o'pka fibrozida yuzada keladigan morfologik o'zgarishlarni aniqlash prostata bezida yuzaga keladigan morfologik morfometrik kurinishlarni ishlab chikishga imkon beradi mazkur muamoga oid ilmiy tadbikotlarning dolzarb yo'nalishi bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda idiopatik o'pka fibrozi noma'lum etiologiyali surunkali progressiv fibrotik interstitsial aseptik pnevmoniya qayd etilgan holat sifatida tushuniladi [15, 216-222b]. Idiopatik o'pka fibrozi (IO'F) interstitsial o'pka kasalliklari tarkibida muhim o'rin tutadi. Idiopatik o'pka fibrozi (IO'F) halokatli kasallik bo'lib, hayot sifatining progressiv pasayishi, jismoniy funksiyalarning tobora cheklanishi va nafas olish yetishmovchiligidan erta o'lim bilan tavsiflanadi. IO'F idiopatik interstitsial pnevmoniyaning eng keng tarqalgan va asosan o'limga olib keladigan shakli bo'lib, o'rtacha umr ko'rish atigi 2-3 yil.

**Maqsad va vazifalar:** Ishdan maqsad prostata bezining anatomik va morfologik parametrlarini o'rganib chiqish va ushbu parametrlarni bilgan holda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan prostata bezidagi o'zgarishlarni aniqlashda oydinlik kiritish bo'lib hisoblandi.

**Material va usullar:** Tekshirish davomida 4-6-9 oylik oq zotsiz kalamush prostata bezi to'qimalarini makroskopik va mikroskopik o'rganishlariga asoslanib, jami 30 ta prostata to'qimasi morfologik o'rganib chiqildi. Umumiy morfologiya uchun har bir prostata bezidan 3 ta bo'lak, ya'ni chap bo'laki va o'ng bo'laki va o'rta qismidan 1,5x1,5 sm bo'lakchalar kesib olinib 10% li neytrallangan formalinda qotirildi. Oqar suvda 2 soat yuvilgandan so'ng konsentrasiyasi oshib boruvchi spirtlarda suvsizlantirildi, ksilol-parafinda 4 soat qo'yildi, keyin parafin quyilib, parafinli bloklar tayyorlandi. Parafinli bloklardan 5-8 mkml kesmalar tayyorlanib, gematoksilin va eozinda bo'yaldi. Tekshirish davomida prostata bezining morfologik tomonlari o'rganib chiqildi va kerakli ma'lumotlar olinib, prostata bezining hujayralari, qon tomirlar trinokulyar mikroskop yordamida suratlariga tushirildi.

**Natija va xulosalar:** Tekshirish vaqtida 4-6-9 oylik 30 ta oq zotsiz kalamush prostata bezi to'qimalarini makroskopik va mikroskopik tuzulishi o'rganib chiqildi. Oq naslsiz kalamushlarning 4, 6, 9 oylik kalamushlarning morfometrik ko'rsatkichlarini o'rganib chiqilganda quyidagi ko'rsatkichlarga etiborga olingan holda o'rganildi 4 oylik kalamushlarning prostata bezining absolyut massasi, prostata bezining nisbiy masasi, prostata bezi uzunligi mm, eni mm, qalinligi va prostata bezining hajmi inobatga olindi. Prostata bezi yuqorida keltirilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha miqdorlari aniqlanda bunda 4 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha absolyut masasi 125, 12 ± 2.07 mg ni, nisbiy massasi esa 0,85 ± 0.04 mg /g tashkil qildi, uzunligi 16,26 ± 0.47 mm, qalinigi 12, 65 ± 0.65, bezning hajmi 1210.03 ± 0.17 mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. Prostata bezi yuqorida keltirilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha miqdorlari aniqlandi bunda 6 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha absolyut masasi 129, 34 ± 2.15 mg ni, nisbiy massasi esa 0,90 ± 0.04 mg/g tashkil qildi, uzunligi 18,2 ± 0.78 mm, eni 13,02 ± 0,74, qalinigi 13, 23 ± 0.91, bezning hajmi 1758,32 ± 0.23 mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. 9 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha

absolyut masasi  $129,95 \pm 3,06$  mg ni, nisbiy massasi esa  $0,92 \pm 0,04$  mg /g tashkil qildi, uzunligi  $18,86 \pm 0,65$  mm, eni  $13,14 \pm 0,78$ , qalinigi  $13,47 \pm 0,97$ , bezning hajmi  $1867,12 \pm 0,31$  mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. Keyingi ko'rsatkich bo'yicha prostata bezida joylashgan epiteliy hujayralarining o'lchamlari haqidagi ma'lumotlar berilgan epiteliy hujayralarining balandligi, eni, qalinligi, epiteliotsit hujayralarning hajmi, katta yadro diametri, kichik yadrolar diametri va yadrolar hajmi ma'lumotlari keltirilgan. Shunday qilib 4 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi  $18,78 \pm 3,43$  mkm, eni  $15,24 \pm 0,28$ , epiteliotsit hujayralr hajmi  $291,89 \pm 97,25$ , katta yadrolar diametri  $7,76 \text{mkm} \pm 0,18$ , kichik yadrolar diametri  $5,55 \pm 0,24$  mkm, yadrolar hajmi  $78,82 \pm 3,43$  mm<sup>3</sup> tashkil qiladi. 6 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi esa  $19,86 \pm 0,43$  mkm, eni  $16,78 \pm 0,41$ , epiteliotsit hujayralr hajmi  $333,25 \pm 102,4$ , katta yadrolar diametri  $8,86 \text{mkm} \pm 0,23$ , kichik yadrolar diametri  $6,91 \pm 0,41$  mkm, yadrolar hajmi  $81,24 \pm 4,82$  mm<sup>3</sup> tashkil qiladi. 9 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi esa  $19,92 \pm 0,34$  mkm, eni  $16,86 \pm 0,34$ , epiteliotsit hujayralr hajmi  $335,85 \pm 103$ , katta yadrolar diametri  $8,57 \text{mkm} \pm 0,33$ , kichik yadrolar diametri  $6,97 \pm 0,52$  mkm, yadrolar hajmi  $81,63 \pm 4,82$  mm<sup>3</sup> tashkil qiladi.

**Xulosa:** Tajribada o'pka fibrozi chaqirilgan kalamushlar prostata bezi morfologik jihatdan o'rganilib chiqilganda, prostata bezida distrofik o'zgarishlar yani prostata bezi epiteliy hujayralarida yog'li distrofiya belgilari, epiteliy hujayralarida o'lchamlarining kichrayishi atrofiyaga xos belgilar yuzaga, ishlab chiqariladigan sekret miqdorining kamayishi, yalig'lanishga xos bo'lgan leykositlar infiltrasiyasi, to'qima tarkibida kollagen miqdori oshishi natijasida fibrozlanish natijasida fibroz to'qima miqdorining oshishi aniqlandi va bu o'zgarishlar 4-6-9 oylik oq naslsiz kalamushlarda ham kuzatildi.

## **ONALARDAGI SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRI**

**Xazratkulova M. I., Ulashov B. M.**  
**Samarqand davlat tibbiyot universiteti,**

**Mavzuning dolzarbligi:** Statistik ma'lumotlarga qaraganda sitomegalovirus infeksiyasi chaqaloqlar orasida perinatal o'limning 37.5% ini tashkil qiladi va SMVI natijasida kelib chiqqan tug'ma nuqsonlar natijasidagi o'lim 61.4% ni tashkil qiladi. Tug'ma sitomegalovirus infeksiyasi simptomsiz yoki og'ir shaklda kechishi, SMVI natijasida tez-tez o'lim kuzatilishi bilan izohlanadi. Shunga ko'ra 90% SMVI bilan og'ir shaklda kasallangan chaqaloqlarda keyinchalik turli xildagi somatik va nevrologik asoratlar shakllanishi, simptomsiz kechganda esa faqatgina 5-17% bolalarda har xil patologiyalar shakllanishi mumkin

**Ishning maqsadi:** Sitomegalovirus infeksiyasi bor ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarda asab tizimidagi o'zgarishlarni o'rganish.

**Tekshirish material va usullari:** Tekshirish ob'yektimiz Samarqand shahridagi Respublika ixtisoslashtirilgan onalar va bolalar salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali hamda Samarqand shahar 1-son tug'ruq majmuasida 2022-2023-yillarda 130 nafar muddatidan avval tug'ilgan va muddatida tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, ularning anamnezi, laborator tahlillari va instrumental tekshiruvlardan neyrosonografiya dopplerometriya bilan tahlili o'tkazildi. Chaqaloqlar ikki guruhga asosiy va nazorat guruhlariga bo'lib o'rganildi. Asosiy guruhga onasida SMVI si aniqlangan onalardan muddatida tug'ilgan 60 nafar chaqaloqlar va 30 nafar muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni o'z ichiga oldi. Nazorat guruhda esa SMVI aniqlanmagan onalardan tug'ilgan 20 nafar sog'lom, muddatida tug'ilgan chaqaloqlar hamda 20 nafar muddatidan avval

tug‘ilgan “shartli sog‘lom” chaqaloqlarni tashkil etdi. Asosiy guruhdagi chaqaloqlar tana vazni 920 grammdan 3400 grammgacha bo‘lgan tana vaznini egalladi. Nazorat guruhi tana vazni esa 2280 grammdan 4200 grammgacha bo‘lgan muddatida va muddatidan avval tug‘ilgan chaqaloqlarni tashkil etdi. Chaqaloqlarining anamnezi, klinikasi va laborator, instrumental tekshiruv natijasi, shuning bilan chaqaloq onalarining hayot anamnezi va SMVIga IFA va PZR qon tahlili o‘rganildi. Samarqand davlat tibbiyot universiteti qoshidagi L.M.Isayev nomidagi Mikrobiologiya, virusologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-tadqiqot markazida PZR tekshirish usuli onaning va chaqaloqning qon plazmasida SMVI tekshirilib, zararlanish darajasi o‘rganildi. Radiologik tekshiruv ishlari SamDTU Ko‘p tarmoqli klinikasining rentgen-radiologiya bo‘limida Neyrosonografiya dopplerometriya bilan tekshiruvi o‘tkazildi.

**Tekshirish natijalari:** tekshirish natijalarimizda asosiy guruhda Apgar shkalasi bo‘yicha nazorat guruhiga qaraganda o‘rtacha 3 -4 ball past ko‘rsatkichlarda baholanib tug‘ildi, moslashish davrida emishning sustligi, tashqi ta’sirlarga sust javob berishi, nafas buzilish sindromi har xil darajada n=63 (70%) nafarida, sariqlik uzoq 1 oydan ziyod vaqtgacha cho‘zilishi n=48(54%)ida kuzatildi. Nazorat guruhida bu klinik ko‘rsatkichlar uchramadi.

Neyrosonografiya tekshirishlari tahlil qilinganda asosiy guruhda bazal va periventrikulyar zonalarda gipoksik-ishemik ensefalopatiya (GIE) o‘zgarishlari 85 (95%) nafarida aniqlanib, undan asosan muddatiga etib tug‘ilgan chaqaloqlardan 5 nafarida aniqlanmadi, muddatidan avval tug‘ilganlarda esa 30(100%) nafarida o‘rta va chuqur darajadagi GIE aniqlandi. Ventrikulomegaliya 12(33.3%) nafarida, bosh miya ichi qon quyilishlari 19(21%)nafarida, mezistesiya 2 nafarida va 5 nafar chaqaloqda esa o‘zgarishsiz holatlar aniqlandi. Nazorat guruhi chaqaloqlarida esa tug‘ruqxonadagi moslashish davri oson kechdi va yuqoridagi muammolardan faqatgina Neyrosonografiya tekshiruvida bazal va periventrikulyar zonalarda GIE engil darajadagi o‘zgarishlar muddatidan avval tug‘ilgan chaqaloqlar guruhining 7(8%) nafarida aniqlandi.

Neyrosonografiya dopplerografiya bilan tekshirishlari tahlil qilinganda asosiy va nazoratdagi yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda dopplerometriya yordamida miya gemodinamikasini o‘rganishda o‘zgarishlar aniqlandi, unga ko‘ra oldingi miya arteriyasining qarshilik indeksi (R-OBMA) asosiy guruh chaqaloqlarida  $0,80\pm 0,06$ , nazorat guruhi chaqaloqlarda  $0,690\pm 0,005$ , statistik jihatdan farq ( $P < 0,001$ ), O‘ngdagi o‘rta miya arteriyasining qarshilik ko‘rsatkichi (o‘ngda R-O‘BMA) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda  $0,690\pm 0,005$ , asosiy guruh chaqaloqlarida esa  $0,82\pm 0,06$  ( $P\leq 0,001$ ), o‘rta miyaning qarshilik ko‘rsatkichi chapdagi arteriyada (R-O‘BMA chap tomonda) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda  $0,674\pm 0,011$  asosiy guruh chaqaloqlarida  $0,81\pm 0,06$  va Galen venasida qon oqimining tezligi nazorat guruhidagi chaqaloqlardan o‘rtacha  $7,130\pm 0,075$ sm/sek va asosiy guruh chaqaloqlarida  $4,1\pm 0,13$ sm/sek; statistik farqning ishonchliligi  $P\leq 0,001$  aniqlandi.

**Xulosa:** Tekshirish natijalarimizdan SMVI bor onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarning barchasiga neonatal davrda neyrosonografiya dopplerometriya bilan tekshirish tahlillarida qon tomirlar rezistentlik o‘zgarishlari aniqlandi. Neonatal davrda barcha anamnezida sitomegalovirus infeksiyasi bo‘lgan onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarni bosh miyasini neyrosonografiya dopplerometriya tahlillaridan o‘tkazilishi lozim. Bu esa erta neonatal davrda aniqlangan markaziy asab tizimi kasalliklarini o‘z vaqtida davolash imkonini beradi va kelajakda kuzatilishi mumkin bo‘lgan turli xil asab tizimi bilan bog‘liq kasalliklar va asoratlarni oldini olgan bo‘ladi.

## ISHEMIK INSULT ERTA VA KECHKI TIKLANISH DAVRIDA KOGNITIV O'ZGARISHLAR XUSUSIYATI VA ULARNI DAVOLASH CHORA TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH

M.F Xayriyeva., B.P.Jo'rayev

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali

Kognitiv buzilish insultga uchragan bemorlarning 45-57foizida kuzatiladi. Kognitiv buzilishlar engil, mo'tadil bo'lishi mumkin va demans darajasiga etadi, bu esa kasbiy, ijtimoiy va kundalik sohalarida moslashishning buzilishiga olib keladi. Insult bilan og'rigan bemorlarda engil va o'rtacha kognitiv buzilish holatlarning taxminan yarmida, demensiya esa 9.5-17.6% hollarda kuzatiladi.

**Tadqiqot maqsadi:** Ishemik insultga uchragan bemorlarda kognitiv o'zgarish xususiyatlarini aniqlash va ularni davolashda antioksidant serekard dori vositasi samaradorligini aniqlash.

**Tadqiqot ob'ekti va tekshirish usullari:** Tadqiqot ob'yekti sifatida 72 nafar ishemik insult erta tiklanish davrida davolangan bemorlar qabul qilinib, asosiy guruhga kiritildi. Nazorat guruhiga esa 32 nafar ishemik insult kechki tiklanish davrida bo'lgan bemorlar qabul qilindi. Barcha bemorlarda klinik- nevrologik, neyropsixologik va neyrovizual tekshiruvlar amalga oshirildi. Neyro-psixologik tekshiruv maqsadida MMSE, FAB, SChT sinamaları shuningdek, ruhiy emotsional holatiga baho berish maqsadida Spilberberg sinamasi o'tkazildi. Standart davo bilan birgalikda serekard dori vositasi 2.0 ml.dan 10 kun davomida qo'llanildi, so'ng 2-bosqish sinovlar olinib tahlil qilindi.

**Natijalar:** Bemorlarda MMSE FAB va soat chizish sinamalaridan olingan natijalarga ko'ra, insultning erta reabilitatsiya davrida kognitiv buzilishlar o'ta va og'ir darajada bo'lib, 3 oylik davo muolajalari ushbu natijalarda ijobiy o'zgarish kuzatildi. MMSE natijasiga ko'ra, asosiy guruhda o'rtacha 24.6 ball va nazorat guruhida 26.3 ball, FAB sinamasida guruhlar orasida mos ravishda 13.2 va 14.5 ball, SChT testida esa bu ko'rsatkichlar 7.4 va 9.7 ballni tashkil qildi. Davo chora tadbirlari natijasida MMSE sinamasi 18%, FAB 8.2% va SChTsinamasida 6.7%ga ijobiy natija berdi. Spilberberg sinamasiga ko'ra, I-guruhda 35.3 va II-guruhda 29.4 ball bo'lib, davolashdan keyin mos ravishda 15% va 11% ijobiy natija ko'rsatdi. Guruhlar orasidagi farq ishonchliligi  $p < 0.05$ ni tashkil qildi.

**Xulosa:** Shunday qilib, serekard dori vositasin insultning erta va kechki davrida kognitiv buzilishlarni davolashda qo'llash bemorlarning ushbu funktsiyalarning va emotsional holatining ijobiy o'zgarishlariga olib keladi. insult erta tiklanish davrida kognitiv buzilishlarni sinamalar orqali erta aniqlash kasallik reabilitatsiyasini tezlashtiradi, shuningdek bemorlar sotsial adaptatsiyasini yengillashtirib, ularning hayot sifatini yaxshilaydi.

## REVMATOID ARTRITDA TIZZA BO'G'IMINI ENDOPROTEZLASH

Xo'janazarov I.E, Anorboyev M.X.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

**Tadqiqot maqsadi:** Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarning tizza bo'g'imini endoprotezlashda kasallikning kechishi, operatsiyaga tayyorgarlik va davolashning bevosita natijalarini aniqlash.

**Materiallar va usullar:** Biz tadqiqotimizni Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya ortopediya ilmiy amaliy markazida 145 bemorni o'rgandik. 2020 - 2024 yillarda tizza bo'g'imini endoprotez qilingan. Birinchi guruhda deformatsiyalovchi

osteoartroz (DOA) bo'lgan 120 bemor (82,7%) bor edi. Birinchi guruhdagi bemorlarning o'rtacha yoshi  $65,8 \pm 11,6$  yoshni tashkil etdi (minimum 42, maks. 86). Ayollar 82 (68,3%), erkaklar 38 (31,6%).

Ikkinchi guruhda - revmatoid artrit tufayli ikkilamchi gonartroz bilan 25 bemor (17,2%). Ikkinchi guruhdagi bemorlarning o'rtacha yoshi  $52,0 \pm 8,3$  yil (min. 24, maks. 75). 16 nafar ayollar (64,0%), erkaklar 9 (36,0%).

Istisnolar boshqa etiologiyali va travmadan keyingi gonartrozli bemorlar edi. Barcha bemorlarda operatsiya orqa miya anestiziyasi ostida amalga oshirildi. Jaroxatga doim drenaj qoldirildi.

Deformatsiyalovchi osteoartroz bilan og'rigan guruhda 102 bemorda (85,0%) orqa xochsimon bog'lamni saqlanib qoladigan (CR) endoprotez, 18 bemorda (15,0%) orqa xochsimon bog'lamni olib tashlanadigan (PS) endoprotez ishlatilgan. Birinchi guruhdagi bemorlarda qisman sinovkapsulektomiya o'tkazildi, faqat sinovial membrananing gipertrofiyalangan, giperemik joylari rezektsiya qilindi.

Revmatoid artrit tufayli ikkilamchi gonartrozli guruhda CR endoprotezi 6 bemorda (24,0%), PS - 19 bemorda (76,0%) ishlatilgan. Bundan tashqari, ikkinchi guruhdagi bemorlar doimo umumiy sinovkapsulektomiya o'tkazilgan.

Operatsiyadan oldingi dastlabki ma'lumotlarga ko'ra, funktsional faollik va guruhlarda OKS shkalasi bo'yicha baholangan boshqa ko'rsatkichlar taxminan bir xil ko'rsatkichlarga ega edi. Ikkinchi guruh bemorlari tizza bo'g'imida harakat diapazoni va akivligi kamroq edi.

Kasallikning uzoq tarixi va asosiy terapiyani hisobga olgan holda, operatsiyadan oldin RA bilan og'rigan bemorlarda gemoglobin va gematokritning o'rtacha darajasi deformatsiyalovchi gonartrozli bemorlarga qaraganda 15-20% ga past edi.

Ikkinchi guruhdagi bemorlarda ECHT 30-50 gacha, C - reaktiv oqsili ko'tarilgan. Deformatsiyalovchi gonartroz bilan og'rigan barcha bemorlar uzoq vaqt davomida steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dori-darmonlarni qabul qildilar va RA bilan og'rigan bemorlar immunosupressorlar bo'lgan steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar, prednizolon, metotreksat, arava bilan asosiy terapiya oldilar, bu natijalarga ko'ra Medicare ma'lumotlar bazasi, periprostetik infeksiyaning yuqori darajasi bilan bog'liq, bu deformatsiya qiluvchi artrozli bemorlarga qaraganda taxminan 1,6 baravar yuqori. Operatsiyadan oldin to'xtatilishi kerak bo'lgan dori-darmonlarni, olib tashlashning batafsil rejalari mavjud, chunki buyrak usti bezlari etishmovchiligini rivojlanish xavfi tufayli ularni to'satdan to'xtatish xavfsiz emas. Biz bemorlarimizga 6 hafta davomida leflunomidni qabul qilishdan bosh tortishni tavsiya qildik. operatsiyadan NSYQDlar va metotreksat 1-2 hafta oldin. Davolash natijalarini baholash uchun OKS, VAS va MOS SF-36 shkalalari ishlatilgan.

**Natijalar:** Birinchi guruhdagi bemorlarda shifoxonada davolanish muddati qisqaroq edi. Birinchi guruhda operatsiyadan keyingi yotoq kuni o'rtacha 10 kun, ikkinchi guruhda - 15 kun. Shuni ta'kidlash kerakki, RA bilan og'rigan bemorlarda qon yo'qotish hajmi DOA uchun operatsiya vaqtidagiga qaraganda 50% ko'proq bo'lgan, boshlang'ich gemoglobin darajasini hisobga olgan holda, bu ko'rsatkichlarni qat'iy nazorat qilish kerak. Birinchi guruhdagi bemorlarda qon quyish 5% hollarda, ikkinchi guruhda - 15% hollarda amalga oshirildi.

Birinchi guruh bemorlari uchun choklar  $14 \pm 2,1$  kun davomida, ikkinchi guruh bemorlari uchun  $19 \pm 3,1$  da olib tashlandi. Muhim qon yo'qotish va operatsiyadan keyingi gematomalarni hisobga olgan holda, RA bilan og'rigan bemorlar guruhida harakatlanish oraliq'I birinchi guruhga qaraganda bir oz pastroq, ammo 18 oyda. kuzatishlar, harakat hajmi deyarli tekislangan. Jarrohlikdan oldin og'riqni o'rganish, operatsiyadan 3, 7, 10, 14 va 21 kun, 3 oy o'tgach, VAS tizimi (10 ballli tizim yordamida vizual analog shkala) yordamida amalga oshirildi. Bemorlar quyidagicha taqsimlandi: guruhlarda og'riq darajasi operatsiyadan

oldin  $2,2 + 0,3$ , operatsiyadan 3 kun o'tgach- RA bo'lgan guruhda  $8,2 + 2,7$  va biroz pastroq. deformatsiya qiluvchi osteartrozli guruhda -  $7,8+2,2$ . Keyinchalik, guruhlardagi og'riqlar asta-sekin kamaydi va operatsiyadan 3 hafta o'tgach, operatsiyadan oldin kamroq bo'ldi-  $2,0 + 1,5$ . Shu bilan birga, og'riq darajasida statistik jihatdan sezilarli farqlar aniqlanmadi ( $p<0,05$ ). RA bilan og'rigan bemorlarda tizza bo'g'imini to'liq almashtirish tizza funktsiyasini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin, ammo biriktiruvchi to'qimalarda uzoq muddatli tizimli jarayon, mushak atrofiyasi oyoq-qo'lning to'liq jismoniy tiklanish imkoniyatini ta'minlamaydi va tadqiqotning barcha davrlarida OKS shkalasi bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlar natijalariga ko'ra, umumiy RAda protezlash natijasi DOAga qaraganda pastroq. Jismoniy va psixologik komponentlar nuqtai nazaridan tizza artroplastikasidan keyin RA bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini aniqlash eng qiziqarli faktlar bo'lib, u operatsiyadan keyin sezilarli darajada oshadi va 1,5 yil davomida o'sishda davom etadi.

Ta'kidlanishicha, RA bo'lgan bemorlar guruhida bu ko'rsatkichlar deformatsiya qiluvchi artrozli bemorlarga qaraganda yuqori.

**Xulosalar:** Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarda tizza bo'g'imini to'liq almashtirish tibbiy va ijtimoiy rehabilitatsiyaning samarali usuli bo'lib, og'riqni yo'q qiladi, zararlangan bo'g'imning funktsionalligini va bemorning hayot sifatini yaxshilaydi.

Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarda kattaroq osteoporoz va tizza bo'g'imining boylam apparati o'zgarishi sababli, tarkibiy qismlarning barqaror birlamchi fiksatsiyasini ta'minlaydigan komponentlarning sementlangan fiksatsiyasi bilan endoprotezlardan foydalanish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, suyak sementiga antibiotiklarni qo'shish maqsadga muvofiqdir. Ko'pgina hollarda, orqa xochsimon bog'lamni olib tashlanadigan endoprotezni tanlash oqlanadi. Tizza bo'g'imini almashtirish operatsiyasi paytida revmatoid artrit bilan og'rigan barcha bemorlarga operatsiyadan keyingi davrda ko'proq qon yo'qotish bilan birga bo'lgan umumiy sinovkapsulektomiya, deformatsiyalovchi osteoartroz bilan jarrohlik davolash qilingan bemorlarga nisbatan tizza bo'g'imi va oyoqning boldir soxasida yumshoq to'qimalarda katta gematomalar hosil bo'ladi.

Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarda immunosupressiya tufayli operatsiyaning past travmatik xususiyatiga, yumshoq to'qimalarga nisbatan ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lishga, tromboz va infeksiyon asoratlarning oldini olishga katta e'tibor berilishi kerak.

Tizza bo'g'imini total endoprotezlash operatsiyasidan oldin, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar va metotreksat operatsiyadan bir hafta oldin to'xtatilishi kerak. Metotreksat terapiyasi operatsiyadan 2 hafta o'tgach tiklanishi mumkin. Leflunomid (Arava) bilan davolash operatsiyadan oldin 6 hafta davomida to'xtatilishi kerak.

### YURAKDA UCHRAYDIGAN TUG'MA NUQSONLAR

**I.I.Xomidov, S.X.Maxammatova**  
**Andijon Davlat tibbiyot instituti**

Yurak-qon tomir tizimi nasos singari ishlab, qonni to'qima va a'zolarga yetkazish vazifasini bajaradi. Qon o'zining turli xil vazifalarini u faqat harakat qilib turgandagina bajaradi. Yurak-qon tomir sistemasi tarkibiga yurak, qon tomirlar hamda limfa tomirlari kiradi. Yurak qon aylanish sistemasining markaziy qismi bo'lib, muskullardan tashkil topgan kovak organdir. Har bir odam yuragining hajmi mushtiga yaqin bo'ladi. Jismoniy mehnat va sport bilan shug'ullanuvchi kishilarda yurakning muskullari yaxshi rivojlanib, uning hajmi boshqalar yuragining hajmiga nisbatan kattaroq bo'ladi. Yurakning massasi erkaklarda 220-300 g gacha, ayollarda esa 180-220 g gacha bo'ladi. Yurak ko'krak qafasida to'sh suyagining

orqasida, ikkala o'pkaning o'rtasida joylashgan bo'lib, uning ko'proq qismi ko'krak bo'shlig'ining chap tomonida turadi. U orqa tomonidan qizilo'ngach va aorta qon tomirining pastga tushuvchi qismi orqali umurtqa pog'onasidan ajralib turadi. Pastki tomonidan esa diafragma orqali qorin bo'shlig'idan ajralib turadi. Yurak devori uch qavatdan: ichki - endokard, o'rta - muskul ya'ni miokard va tashqi - perikarddan iborat.

To'g'ridan-to'g'ri patologik ta'sirning yo'qligiga qaramasdan, kichik anomaliyalar miyokardning zararli omillar ta'siriga umumiy qarshiligini pasaytiradi, bu esa yurak-qon tomir patologiyalarini rivojlanish xavfini oshiradi. Masalan, mitral qopqoq prolapsasi fonida barcha infeksiyon endokarditlarning 30% gacha rivojlanadi, massiv regürjitatsiya bilan to'satdan o'lim ehtimoli 50 baravar ortadi, ayniqsa ikkala jinsdagi yoshlarda. Ba'zi bemorlarda o'limga olib keladigan aritmiya va o'tkazuvchanlik buzilishi sodir bo'ladi, aorta va koronar arteriyalarning anevrizmalarining shakllanishi, ularning keyingi yorilishi kuzatiladi.

Kichik anomaliyalar – bu yurak mushaklari va qo'shni asosiy arteriyalarning patologiyalari. Buzilishlar nuqsonning lokalizatsiyasiga ko'ra tizimlashtiriladi, so'ngra gemodinamik buzilishlar mavjudligi va ularning zo'ravonligiga aniqlik kiritiladi. Yurakning ultratovush tekshiruvi yordamida aniqlanadigan miyokard va qon tomirlarida oltita asosiy o'zgarishlar guruhi mavjud: Atriumning anomaliyalari, бўлмачалар аро тўсиқ (interatriyal septum). Ular atriumlar o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri aloqani tashkil etuvchi ochiq teshik ovale, kengaytirilgan Evstaxiya qopqog'i (10 mm dan ortiq), pastki kavak venaning ,isfunksiyali qopqog'i, qo'shimcha trabekulalarni o'z ichiga oladi.

Chap qorincha, қоринчалар аро тўсиқ (interventrikulyar septumning anomaliyalari) Ushbu joylarda interventrikulyar devorning kichik anevrizmalari, chap qorinchaning chiqish yo'lidagi o'zgarishlar va trabekulalar aniqlanishi mumkin. Odatda, bunday nuqsonlarni jarrohlik yo'li bilan tuzatish bolalik davrida amalga oshiriladi.

Aorta anomaliyalari. Ushbu lokalizatsiya ham tomirning o'zi, ham uning klapanining strukturaviy nuqsonlarini o'z ichiga oladi. Aortaning tor yoki keng asosi, Valsalva sinuslarining kengayishi, faqat ikkita (odatda uchta) qopqoq varaqlarining mavjudligi yoki uning assimetriyasi, prolapsasi mavjud.

O'pka arteriyasining anomaliyalari. Magistral va tomirning bifurkatsiyasi sohasida lümenning subkompensatsiyalangan kengayishi, qopqoq prolapsasi tashxis qilinadi.

Ebshteyn anomaliyasi: trikuspid qopqog'ining malformatsiyasi

Uchta klapan varaqlaridan biri, septal, atrioventrikulyar birikmada tug'ilish o'rniga, o'ng qorincha ichida ancha pastroqqa joylashtiriladi. Boshqa qopqoqlar, oldingi va orqa, biroz yoki juda noto'g'ri shakllangan bo'lishi mumkin.

Ebshteyn anomaliyasi bilan tug'ilganlar trikuspid qopqog'i etishmovchiligidan aziyat chekishadi, u to'g'ri yopilmaydi va o'ng qorincha ishlamay qoladi.

Ebshteyn anomaliyasining belgilari

Malformatsiyaning og'irligiga qarab, Ebshteyn anomaliyasi bilan og'rikan bemorlar quyidagilardan aziyat chekishi mumkin.

yurak etishmovchiligi belgilari: charchoq, kengaygan jigar,

siyanoz: ko'pincha atriyaalararo nuqson bilan bog'liq bo'lganligi sababli, trikuspid etishmovchiligi tufayli yuqori bosim kislorod kam qon yurakning o'ngdan chap tomoniga oqib ketishiga olib keladi.

Mitral qopqoq anomaliyalari. Prolaps, varaqa akkordlarining past biriktirilishi, qo'shimcha yoki anormal joylashgan papiller mushaklari, konjenital stenoz va etishmovchilik aniqlanishi mumkin.

Diagnostika Ba'zida kardiolog dastlabki tekshiruv vaqtida kichik anomaliyalar mavjudligidan shubhalanishga muvaffaq bo'ladi, ammo bu faqat xarakterli, etarlicha aniq alomatlar va ular bilan birga keladigan holatlar aniqlanganda sodir bo'ladi. Yurak

patologiyasi, biriktiruvchi to‘qima displaziyasidan kelib chiqqan yosh bolalarda ko‘pincha churralar, bo‘g‘imlarning tug‘ma dislokatsiyasi, ularning harakatchanligini oshirish, qo‘llar, oyoqlarda cho‘zilgan a‘zolar va barmoqlar, ko‘krak qafasining deformatsiyasi bilan birga keladi. Miyokarddagi auskultativ o‘zgarishlar sistol paytida shovqin yoki bir vaqtning o‘zida bir nechta tovush hodisalarining ta‘rifi sifatida namoyon bo‘ladi. Qo‘shimcha tadqiqot usullari sifatida odatda qo‘llaniladi:

Kichik yurak anomaliyalarini davolash Patologiyani davolash faqat yurakdagi displastik hodisalar uning ishiga, asosiy tomirlarning ishlashiga ta‘sir qiladigan holatlarda kerak. Alomatlar bo‘lmasa, yurak-qon tomir kasalliklarining umumiy profilaktikasi har yili kardiologga maslahat va ultratovush tekshiruvi uchun tashrif buyurish bilan tavsiya etiladi. Bemorlarning ahvolini to‘g‘irlashning bir necha yo‘nalishlari mavjud: Giyohvand bo‘lmagan terapiya. Vegetativ ko‘rinishlarning zo‘ravonligi tufayli hayot tarzini normallashtirish bo‘yicha chora-tadbirlar bemorning ahvolini yaxshilashda muhim rol o‘ynaydi. Bemorga yoki uning ota-onasiga yosh xususiyatlariga ko‘ra mehnat va dam olish rejimiga rioya qilish, ortiqcha ish, stress va ortiqcha jismoniy faoliyatni istisno qilish, sog‘lom muvozanatli ovqatlanishni ta‘minlash zarurligi tushuntiriladi. Bundan tashqari, massaj, terapevtik mashqlar, suv muolajalari, ko‘rsatmalarga ko‘ra - psixolog maslahati belgilanadi. Tibbiy davolanish. Bu intrakardiyak qon aylanishining sezilarli buzilishi yoki organning bir necha anomaliyalari uchun talab qilinadi. Odatda kaliy va magniy preparatlari, miyokard tomonidan kislorod yetkazib berish va iste‘mol qilishni yaxshilaydigan dorilar (ubiquinone, sitoxrom C, karnitin), vitaminlar (B1, B2, B3, PP), kardioprotektorlar (trimetazidin, taurin, nikorandil) ishlatiladi. Aritmiyalar, o‘tkazuvchanlik buzilishi bilan antiaritmik preparatlar qo‘llaniladi (amiodaron, beta-blokerlar, prokainamid). Jarrohlik usullari. Bemorda hayotga xavf tug‘diradigan asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin bo‘lgan katta gemodinamik buzilishlar mavjud bo‘lsa, ko‘rsatiladi. Interventrikulyar, interatriyal septumning anomaliyalari kardiopulmoner bypass, gipotermiya sharoitida operatsiya qilinadi. Kichik nuqsonlar tikiladi, kattalari sintetik yoki bioorganik materiallardan tayyorlangan sun‘iy to‘siq bilan yopiladi. Stenoz, qopqoq prolapsasi bilan ularning protezlari amalga oshiriladi.

## **O‘SMA KASALLIKLARI PROFILAKTIKASIDA O‘RIK MAG‘ZINING AHAMIYATI**

**<sup>1</sup>I.I.Xomidov, <sup>1</sup>S.X.Maxamatova, <sup>2</sup>I.R.Asqarov**

**<sup>1</sup>Andijon Davlat Universiteti,**

**<sup>2</sup>Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Tadqiqot maqsadi:** Mamlakatimizda meva “chiqindilari” dan unumli foydalanish zarurligiga yildan-yil ko‘proq e‘tibor qaratilmoqda. O‘rik mag‘zi ana shunday meva “chiqindisi” bo‘lib, ko‘p hollarda unga e‘tibor berilmaydi. Aslida o‘rik mag‘zidan xalq tabobatida tengi yo‘q dorivor vositalar tayorlanmoqda va tabobatda unumli foydalanilmoqda [1].

O‘rik Rosaceae oilasiga kiruvchi Prunus turkumiga mansub o‘simlik bo‘lib, uning vatani Armaniston hisoblanadi [2]. Chunki o‘rik Yevropaga aynan Armaniston orqali tarqalgan. Shuning uchun o‘rikning lotinchadagi nomi xam Prunus armeniaca deb nomlanadi. O‘rik issiq o‘lkalarda O‘rta Osiyoda, Turkiya, Eronda ko‘p o‘sadigan mevali o‘simlik bo‘lib, 30-40 yil meva beradi va 100 yilgacha yashashi mumkin.

O‘rik bodom, shaftoli kabi mevali o‘simliklar bilan bir oilaga (Rosaceae) va bir turkumga (Prunus) mansub bo‘lsada ularning mevalari o‘rtasida ajoyib farq mavjud: shaftoli

mevasining po'sti yeyiladi, mag'zi yeyilmaydi, bodom mevasining po'sti yeyilmaydi, mag'zi yeyiladi, a o'rikni esa po'sti xam, mag'zi xam shirin, yeyiladi.

**Tadqiqot material va usullari:** Mualliflar tomonidan O'zbekistonda o'suvchi o'rikning 9 ta turi o'rganilib, ular mevasining mag'zida quyidagilar aniqlangan: vitamin V17 – amigdalin, vitamin PP, yog'lar, to'yinmagan yog' kislotalari: olein (29%) va linol (11%) kislota, to'yingan yog' kislotalaridan palmitin kislota, oqsillar, uglevodlar, Mg, K, Na, P, Ca, Fe kabi mikroelementlar, fosfolipidlar, tokoferollar. To'yinmagan yog' kislotalaridan olein va ayniqsa vitaminsimon modda hisoblangan, organizmda xolesterin almashinuvini boshqaruvchi, tromblar hosil bo'lishini oldini oluvchi yog' kislotasi – linol kislotaning ko'p miqdorda mavjudligi o'rik mag'zining avzalliklaridan biridir.

**Tadqiqot natijalari:** O'rik mag'zi tarkibida oz miqdorda bo'lsada amigdalin – vitamin V17 tutadi. Bu modda 2 molekula glyukoza, 1 molekula benzaldegid hosilasini tutadi. Amigdalin o'rik mag'ziga biroz achchiqroq ta'm beradi. Ba'zan o'rik mag'izlari orsida o'ta achchig'i uchrab qoladi. Bu tarkibida amigdalinni ko'proq tutgan mag'iz hisoblanadi. Bunday mag'izni iste'mol qilmagan ma'qul. Chunki amigdalin organizmda gidrolizga uchrab, biroz zararli modda hosil qiladi. Shuni ham ta'kidlash joizki, amigdalin issiqqa chidamli bo'lib, turli xil kompot va soklar tayorlanganda ham ulardagi mag'iz tarkibida amigdalin parchalanmasdan o'z tuzilishini saqlab qoladi.

**Xulosa:** Amigdalinning oz miqdori organizm uchun foydali bo'lib, olimlar tomonidan uning o'smalarning o'sishini to'xtatuvchi xususiyati borligi aniqlangan. Olimlar tomonidan amigdalin - vitamin B17 deb atalib, uning asosida "Laetril" deb nomlangan dorivor vosita ham ishlab chiqarilgan. "Laetril" tarkibida qand va o'smalarni rivojlantirishdan to'xtatuvchi modda saqlovchi tabiiy manba'lardan olingan toza amigdalin tutuvchi, rakka qarshi qo'llaniluvchi tibbiy preparat nomi [3].

## **GEMORRAGIK INSULT BILAN KASALLANGAN YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI KOMPLEKS INTENSIV DAVOLASHNING XUSUSIYATLARI**

**Shomurodov A.Y., Muxitdinova X.N., Sobirov D.S., Vasilchenko V.Z.  
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi  
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi**

**Dolzarbligi:** Xorijiy tibbiy statistikaning mavjud ma'lumotlariga ko'ra, hayotning birinchi oyidagi bolalarda insult bilan kasallanish 50-55 yoshdagi kattalarga teng; bolalar insultining o'rtacha kasalligi (1 oydan 18 yoshgacha) yiliga 100 ming aholiga 7,8 ga yaqin holat kuzatiladi. Bolalar insulti etiopatogenezi va klinik yo'nalishi bo'yicha geterogen hisoblanadi, shuning uchun sifatli tibbiy va profilaktik yordam ko'rsatish uchun bolalar gemorragik insulti sohasidagi bilimlarni takomillashtirish zarur. O'g'il bolalarda gemorragik insult xavfi qizlarga qaraganda 28% yuqori [1].

**Ishning maqsadi:** Qiyosiy tahlil asosida gemorragik insultga chalingan yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun kompleks intensiv terapiyani baholash.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga kelib tushgan bosh miya notravmatik qon ketishi kuzatilgan 32 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlar. Umumiy axvoli yaxshilangandan so'ng, 24 ta yangi tug'ilgan chaqaloq uyiga chiqarildi, ulardan 16 nafari gematomani olib tashlash operatsiyasidan so'ng, 8 nafari jarrohlik aralashuvisiz chiqarildi. 8 ta bemor vafot etdi, birinchi kuni 4 ta, ikkinchi kuni bir nafar, beshinchi kuni bitta va to'qqizinchi kuni bitta bemor operatsiyadan keyin. Bir nafar bemor 160 kun davomida 2 ta operatsiya o'tkazgandan

so'ng O'pka suniy ventilyatsiyasida davolanib vafot etdi. Ushbu yangi tug'ilgan chaqaloqlar qabul qilinganda juda og'ir holatdaligi bilan boshqa bemorlardan ajralib turar edi. Gemorragik insult bilan kasallangan yangi tug'ilgan chaqaloqlar guruhida o'lim darajasi 25% ni tashkil etdi.

**Natijalar va ularni muhokama qilish:** Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 1-guruhida reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida davolanish davomiyligining qabul paytida gematoma zichligiga (0,7977) kuchli to'g'ridan-to'g'ri bog'liqligi aniqlandi (o'rtacha  $71 \pm 4,5$  birlik), ya'ni gemorragik insult qanchalik o'tkir bo'lsa, bosh miyaning boshqaruv funksiyasining tiklanishi shunchalik uzoq davom etdi. Gematoma qanchalik o'tkir bo'lsa, u shunchalik suyuq bo'lib, tiklanish davri shunchalik uzoq davom etdi. Ushbu aloqani birinchi navbatda gemostatik funktsiyalarning yoshga bog'liq yetukligi, ikkinchidan, konservativ terapiya paytida buzilgan miya to'qimalarining saqlanib qolgan fokusida miya to'qimalarining nisbatan katta shikastlanishi, uchinchidan, gematoma o'rab turgan ishemik bo'shashgan, gidrofil miya to'qimalarining yuqori zaifligi bilan izohlash mumkin. Miya qon ketishi bilan buzilmagan o'tkir yallig'lanish reaksiyasi, umuman davolash samaradorligi va miya funksiyasini tiklashga salbiy ta'sir ko'rsatdi. 2-guruhdagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda (15 o'g'il, 8 qiz) operatsiyadan oldin o'tkir gematomaning zichligi  $64,9 \pm 3,4$  ni tashkil etdi, siljish o'rtacha  $8,1 \pm 1,9$  mm ni tashkil etdi, intensiv terapiya bo'limida davolanishning kamayishi qon laxtasi zichligi darajasining qarama-qarshi tendentsiyasi aniqlandi ( $-0,6802$ ). Ya'ni, qon ketish boshlanganida bolalar qanchalik erta operatsiya qilingan bo'lsa, operatsiyadan keyingi davrda miya funksiyasi shunchalik tez tiklandi. Bu operatsiyadan keyingi davr davomiyligining intraserebral gematoma zichligiga teskari bog'liqligi bilan tasdiqlanadi ( $-0,7217$ ). Shunday qilib, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning davomiyligini qon yo'qotilishini qoplash uchun zarur bo'lgan minimal vaqtga qisqartirish, gomeostaz tizimlarining buzilishini tuzatish (kamida 3-4 kun) jarrohlik davolash natijalarini mos ravishda yaxshilashga imkon berdi, bu esa gemorragik insult bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni davolash samaradorligini oshirdi.

**Xulosa:** Neonatal davrda, shikastlanmagan miya qon ketishi bilan, gomeostaz tizimlarining anatomik va funksional jihatdan to'liq yetilmaganiga qaramay, jarrohlik shikastlanishiga javoban, miya gematomasini jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga tizimli yallig'lanish reaksiyasiga xos bo'lgan adaptiv tizimlarning javobli stress safarbarligi kuzatiladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik muddatini qon yo'qotilishini qoplash, gomeostaz tizimlarining buzilishini tuzatish uchun zarur bo'lgan minimal darajaga qisqartirish (kamida 3-4 kun) bilan oldingi jarrohlik aralashuv jarrohlik davolash natijalarini mos ravishda yaxshilashga imkon beradi, bu esa gemorragik qon quyilish bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni davolash samaradorligini oshiradi. Operatsiyadan keyingi to'rtinchi va sakkizinchi kunlarni, ya'ni operatsiya qilingan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning adaptiv moslashish jarayonlarida ishtirok etadigan tizimlarning dekompensatsiyasini rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan kunlar deb hisoblash kerak.

### FUNKSIONAL DISPEPSIYALARNI PROTON NASOS INGIBITORLARI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH

**Eraliyev I.I. Saliev D.Q**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti.**

**Tadqiqot maqsadi:** Funksional dispepsiya (FD) larni proton nasos ingibitorlari bilan davolash samaradorligini baholash.

**Tadqiqot materiali va usullari:** Tadqiqot FD ( MKB-10, K-30) klinik tashxisi bilan ADTI klinikasi Gastroenterologiya bo'limida statsionar sharoitda davolanayotgan 18-55 yoshlar orasidagi 30 nafar klinik diagnostik tahlillariga ko'ra H.pylori manfiy bo'lgan guruhlarida o'tkazildi. Bemorlar 10 kun davomida medikamentoz terapiya (omeprazol standart doza) yordamida davolandi. Bemorlarni obektiv va subektiv shikoyatlari baholangan xolda proton nasos ingibitori preparatlarining samaradorligi baholandi.

**Tadqiqot natijalari:** Oshqozon funksional dispepsiyasi bilan og'riq bemorlarni davolashda quyidagi davolash rejimi ishlatilgan: omeprazol standart doza (20 mg) dan kuniga 2 maxal ovqatlanishdan avval ichga qabul qilish uchun 10 kun buyurildi. Bemorlar shartli ravishda 3 guruhga bo'lindi: Birinchi guruh-og'riq simptomi kuchli ifodalangan 21 nafar bemorlar guruhi, Ikkinchi guruh- 5 nafarda zarda bo'lish belgilari ustun bo'lgan bemorlar guruhi, Uchinchi guruh- 4 nafarda ko'ngil aynishi simptomlari bilan xarakterlangan bemorlar. Davolash boshlanishidan oldin: Birinchi guruh 6 nafar bemorlar epigastral og'riq xarakterini kuchli, 13 nafar bemorlar mo'tadil 2 nafar bemorlar og'riqni yengil baholashdi. Ikkinchi guruh- 5 nafar bemorda ovqatlanishdan so'ng zarda bo'lish.Uchinchi guruh- 4 nafar bemorda yengil ko'ngil aynishi qayd etilgan. Davolanish kursi (10 kun)dan so'ng tekshirilayotgan bemorlar guruhida quyidagi natijalarga erishildi: Birinchi guruh- 14 nafar (66,67%) da og'riq sindromi to'liq to'xtatildi, 5 nafar (23,8%) da kamaydi, 2 nafar (9,53%) da esa davom etdi. Ikkinchi guruh- Zarda bo'lishi esa 3 nafar (60%) bemorda to'xtadi. 2 nafar (40%) bemorda davom etdi va bemorlar buni parxezga rioya qilmagani bilan va faqat 1 nafar (20%) da shikoyatlari davom etdi va bemor bu xolatni ko'p asabiylashish xolatlari bo'lgani bilan bog'ladi. Umumiy natija: birinchi guruhda og'riq 66,67% ga, ikkinchi guruhda zarda bo'lishi 60% ga, uchinchi guruhda esa ko'ngil aynishi sezilarli 80% ga bartaraf etildi.

**Xulosa:** O'tkazilgan kichik ilmiy tadqiqot natijalariga asoslanib shuni aytishimiz mumkinki, proton nasos ingibitorlari samarasi FDning asosiy simptomlarini bartaraf etishda sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatdi.

## **ANOREKTAL NUQSONI BOR BOLALARDA ICHAK STOMALARINI SHAKLLANTIRISH USULLARI**

**Yuldashev M.A.**

**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Muammoning dolzarbligi:** Anorektal soha a'zolarining rivojlanish nuqsonlari-anorektal malformatsiyalar (ARM) nafaqat anus, to'g'ri ichak, urogenital traktning, balki keng ko'lamdagi boshqa a'zo va tizimlar tug'ma nuqsonlari va anomaliyalarini ham o'z ichiga oladi. Tug'ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalari tarkibida anorektal malformatsiyalarning (ARM) nisbati 7% dan oshadi. ARM larning uchrash darajasi yiliga 1:9000 dan 1:2000 gachani tashkil etadi va uning diagnostikasi va davolash muammolari nafaqat ushbu soha embriogenezining murakkabligi, balki nuqsonning turli shakllarda uchrashi bilan ham bog'liq bo'lib, bolalarning hayot sifatini pasayshiga, nogironlik va o'lim ko'rsatgichlarining oshishiga olib kelmoqda. Bu o'z navbatda tibbiy va ijtimoiy jihatdan dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

**Tadqiqot maqsadi:** Chaqaloqlar hamda ko'krak yoshida bo'lgan bolalar hazm tizimi tug'ma va ortirilgan patologiyalarida turli shakldagi ichak stomalarini shakllantirishga ko'rsatmalarni aniqlash.

**Tadqiqot materiali va usullri:** 2015 - 2022 yillarda Andijon viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi va RSHTYOIM Andijon filiali reanimatsiya va xirurgiya bo'limlarida davolangan chaqaloqlar va erta yoshli 119 nafar bolalar kasallik tarixlarining

retrospektiv taxlili o'tkazildi. Tadqiqot guruhlariga 1 sutkadan 6 oygacha bo'lgan chaqaloqlar yoki hazm tizimi orttirilgan patologiyalari aniqlangan bolalar tanlab olindi. Tadqiqotga kiritilish mezonlari bo'lib entero- va kolostomiya xisoblandi.

Barcha bemorlarning 89 (75%) nafarini chala tug'ilgan chaqaloqlar tashkil qildi. Bolalarning qabul qilingan paytdagi o'rtacha tana vazni  $2024 \pm 565$  gr ni, tug'ruq muddati  $32 \pm 4.3$  haftani, ulardan 72 (60,5%) nafari o'g'il bolalarni, 47 (39,5%) tasi esa qiz bolalarni tashkil etdi. Tug'ilgandan keyingi birinchi kunda 34 (28,5%) ta bola hazm traktining tug'ma nuqsonlari tufayli kasalxonaga keltirilgan. Tug'ilgandan keyingi 1-haftada 70 (58,8%), 2-haftada 19 (15,9%), 3-haftada 12 (10%), 4-haftada - 1 (0,8%) nafar chaqaloqlar shifoxonaga o'tkazilgan. 1 oyligida 6 (5%) bemor, 2 oylikda 3 (2,5%), 3 oylik va undan katta yoshda - 8 (6,7%) ta bemor kasalxonaga yotqizilgan.

Bemorlarning 90 (24,4%) tasida stomalar laparotomik jaroxatning lateral tomondan amalga oshirildi, 29 nafarida qorin old devoridan alohida kesma orqali amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi:** Ichak stomasini o'rnatish asosan anus va to'g'ri ichak atreziyasi (nuqsonni bartaraf etishning dastlabki bosqichi sifatida) hamda nekrozlovchi enterokolit aniqlangan bolalarda amalga oshirildi. Shuningdek, turli darajadagi ichak atreziyalari, Girshprung kasalligi, yo'g'on ichak disgangliozlari va operatsiyadan keyingi ba'zi orttirilgan holatlar (chatishmali ichak tutilishi, anastomoz sohasi stenoz, anastomoz noturg'unligi) ichak stomasini shakllantirishga ko'rsatma bo'lib xisoblandi. Operatsion kirish yo'li sifatida ko'ndalang supraumbilakal laparotomiya yo'li tanlangan, chunki ushbu usul qorin bo'shlig'ining barcha qismlarini taftish qilish imkonini bera oladi. Chaqaloqlarda enterostoma qo'yishga ko'rsatma bo'lgan holatlarda ichak segmentlari laparatom jarohatning lateral qismiga chiqarilgan. Bir qancha ichak stomalarini qo'yish kerak bo'lgan holatlarda, ushbu amaliyot qorin oldingi devorida alohida kesmalar orqali amalga oshirilgan. Ichak stomasini hosil qilishda uning shilliq va shilliq osti qavatlari eversiya qilinga hamda retraksiyani oldini olish maqsadida ichak seroz-mushak qavati qorin old devori to'qimalariga maxkamlangan.

**Xulosalar:** O'tkazilgan retrospektiv taxlil natijalari shuni ko'rsatadiki, chaqaloqlarda hazm trakti tug'ma nuqsonlarni bartaraf qilishda mutaxassislar tomonidan ratsional taktik va texnik echimga asoslangan holatda individual yondoshuvni talab qiladi. Bunda yondosh kasalliklar va bolaning og'irlik darajasini hisobga olgan holatda tug'ma ichak nuqsonlarini erta tashxislash, shuningdek differensial yondoshuv muhim ahamiyat kasb etadi. Nekrotik enterokolit tufayli o'lim oqibatlarini kamaytirishda uning profilaktikasi va o'z vaqtida aniqlanishi muhim ahamiyatga ega. Chaqaloqlar hamda ko'krak yoshida bo'lgan bolalarning ichak kasalliklari va rivojlanish nuqsonlarini bartaraf qilish usullari va jarroxlilik taktikalari mazkur toifadagi bemorlarning ijtimoiy rehabilitatsiyasini hisobga olgan holda amalga oshirilishi zarurdir.

## **GINEKOLOGIK PATOLOGIYA FONIDA KECHUVCHI SUT BEZI SARATONI OLDI VA SARATON KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASH**

**Urmanbayeva D.A., Nazarova N.M., Mahmudjonova S.Sh., Rasulova D.K.**  
**Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi**  
**Andijon filiali**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Muammoning dolzarbligi:** Ginekologik patologiyaning sut bezi kasalliklariga ta'siri zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib, so'nggi o'n yilliklarda sut bezi va jinsiy

a'zo kasalliklari soni sezilarli darajada oshdi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, sut bezi va bachadon bo'yni saratoni ayollar orasida eng ko'p tarqalgan onkologik kasalliklar qatoriga kiradi.

**Tadqiqotning materiali va usullari:** 2023- 2024 yillar davomida Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tekshirish markazi Andijon filialiga sut bezi xastaligi bilan murojaat qilib kelgan 30 nafar ayollarni ajratib oldik va sut bezi hamda jinsiy a'zolarini UTT tekshiruv natijalarini tahlil qildik.

**Tadqiqotning natijasi:** Tadqiqotga jalb qilingan 30 nafar ayollar orasida sut bezi ultratovush xulosasi bo'yicha sut bezi kasalliklaridan 36.7%-mastopatiya, 20%-adenoz, 13.3%-kista, 10%- fibroadenoma, 6.67%-sut kanali ichi papilomasi, 6.67%-sut bezi saratoni, 6.67%-mastit aniqlandi.

Tadqiqot davomida ultratovush natijalariga asoslangan holda ginekologik patologiyalarni sut beziga ta'sir nisbati o'rganib chiqilgan. Unga ko'ra, mastopatiya bilan og'rigan ayollarning 36.4%i -yallig'lanish kasalliklari, adenozda esa 67%-kista. Kistada (25%- giperplaziya, 25%-kista, 25%-yallig'lanish, 25%-mioma), fibroadenomada (33.3 %-giperplaziya, 33.3 -polip, yallig'lanish), sut kanali ichi papilomasida 33.3%- gipoplaziya, SBS da (50%- giperplaziya, 50%-polip) kabi ginekologik o'zgarishlari aniqlangan.

**Xulosa:** Ushbu tadqiqot ginekologik patologiya va sut bezi kasalliklari o'rtasidagi bog'liqlikni ultratovush yordamida chuqurroq o'rganish, ayollar salomatligini yaxshilash, profilaktika va davolashning samarali usullarini ishlab chiqish zarurligini ta'kidlaydi.

## **BOLALARDA BRONXIAL ASTMADA RESPERATOR MIKROBITANI KASALLIK KECHISHIDA AHAMIYATI**

**Urumboyeva Z.O.,Karimova N.I.,Sarimsaqova M.I.**  
**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bronxial astma hozirgi kunda resperator kasalliklardan bolalar o'rtasida progressiv ravishda o'sib borayotgan kasallik bo'lib qolmoqda. Nafas yo'llari mikrobiotisini buzilishlari BA kasalligini indikator bo'lishi mumkinligi aytilmoqda.

Mavzuning maqsadi: Bronxial astma kasalligida nafas yo'llari mikrobiotasini o'zgarishlarini aniqlash.

**Tadqiqot material va usullari:** Bizda Bronxial astma(BA) kasalligiga chalingan 5-14 yoshgacha 42 nafar bemorlar (I) va o'tkir obstruktiv bronxit (O'OB) kasalligiga chalingan 5-15 yoshgacha 35 nafar bolalar (II) tekshirildi. Nazorat guruhi uchun xuddi shu yoshdagi 30 nafar sog'lom bolalar tekshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** Mikrobiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatkidiki, BA da shartli patogen mikroorganizmlar ko'rsatkichi referensli intervallar o'rtasida bo'lgan, ularning miqdori statistik jihatdan ancha yuqori, nazorat guruhiga qaraganda, Haemophilus influenzae (28103 KOE/ml) bundan mustasno. Bundan tashqari, BA kasalligiga chalingan bemorlarning burun shilliq qavatidan olingan mikrobiologik tekshiruvlarning bemorlar guruhida Streptococcus haemolyticus (1,5103 KOE/ml), Enterococcus faecium (103 KOE/ml), Enterococcus faecalis (103 KOE/ml) aniqlanib, ular nazorat guruhida aniqlanmagan edi ( $P<0,001$ ).

BA da immun mikrobial floraning statistik jihatdan yuqori miqdori aniqlandi, 106 KOE/ml dan yuqori. BA kasalligiga chalingan bemorlar nazorat guruhida mikroorganizmlar turining statistik muhim yuqori miqdori Staphylococcus (5106), Streptococcus (108 KOE/ml) va Enterococcus (5104 KOE/ml) aniqlandi. ( $P<0,001$ ). Bu guruhda BA kasalligiga chalingan bemorlarda obstruktiv bronxitlarga qaraganda Enterococcus oilasi sezilarli darajada yuqori

miqdori aniqlandi. ( $P < 0,001$ ). BA da burun xalqum shilliq qavatining mikroorganizmlar tarkibining umumiy xususiyati, nazorat guruhida mikroorganizmlar florasi umumiy miqdori, shuningdek barcha tekshirilayotgan mikroorganizmlarning statistik jihatdan ahamiyati yuqori miqdorda (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Enterobacteriaceae*) mikroorganizmlar aniqlandi. Qaytalanuvchi OB Bronxial obstruksiya sindromi (BOS) bilan kasallangan bolalarda nisbiy guruhlarda statistik ahamiyati yuqori mikroorganizmlar *Staphylococcus* spp. (5,2105 KOE/ml), *Streptococcus* spp. (106 KOE/ml) va *Enterobacteriaceae* spp. (105 KOE/ml) turlari aniqlandi ( $P < 0,001$ ). O'OB kasalligiga chalingan bemor nazorat guruhida *Enterococcus* mikroorganizmlar turi aniqlanmadi.

Tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki *Staphylococcus* bakteriyasining turini tarkibini o'rganganimizda, BA kasalligiga chalingan bemorlar burun- xalqum shilliq qavatida *Staphylococcus aureus* shtami yuqori sonlarda ortganini ko'rsatdi. Turli ko'rinishdagi katta mikroorganizmlar, *Staphylococcus*: oilasiga mansub *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S. cohnii*, *S. capitis*, *S. hyicus* turlari aniqlandi. BA kasalligida burun shilliq qavatida *S. aureus* (15,5103 KOE/ml), *S. epidermidis* (104), *S. haemolyticus* (104 KOE/ml), *S. hominis* (300 KOE/ml), *S. cohnii* (104 KOE/ml), *S. capitis* (104 KOE/ml), *S. hyicus* (5,5103 KOE/ml) ortishi qiziqish uyg'otadi.

**Xulosa:** BA kasalligida shartli-patogen mikroorganizmlar *Staphylococcus* turi boshqa patologik bakteriyalarga qaraganda ko'proq aniqlandi. Burun xalqum shilliq qavatining *Enterobacteriaceae* va *Enterococcus* oilasiga mansub shartli-patogen bakteriyalarni ortishi, shubhasiz BA kasalligini rivojlanishi va disbiotik o'zgarishlarga olib keladi. Aniqlandiki, BA da yaqqol disbiozni o'rni shundaki BA kasalligiga chalingan bolalarda tashxislash va davolashni prognostik markeri hisoblanadi va kasallikni uzoq davom etishiga sabab bo'ladi.

## COVID-19 KASALLIGIDA O'PKA FIBROZINING KECHISHI

Usmonov B.U., Mamasaliyev N.S, Dalimova M.M, Dalimov A.A.  
Andijon davlat tibbiyot instituti

**Tadqiqot maqsadi:** Covid-19 bilan kasallangan odamlar orasida postkovid sindromi juda keng tarqalgan. Postkovid sindrom bo'yicha tarqoq epidemiologik tadqiqotlar, shunga qaramay, uning yuqori dolzarbligini ko'rsatadi. Postkovid sindromning ko'rinishlaridan biri o'pka fibrozining (O'F) rivojlanishi hisoblanadi. Ushbu tezis postkovid sindromi bo'lgan bemorlarda O'F ning epidemiologiyasi, immunomorfologiyasi, shuningdek rentgenomorfologik va funktsional xususiyatlari bo'yicha adabiy ma'lumotlarni tahlil qilishga bag'ishlangan. Klinik amaliyot shuni ko'rsatadiki, COVID-19 bilan og'ir bo'lgan odamlarda eng ko'p uchraydigan postkovid sindromning turli fenotiplari va O'F rivojlanish chastotasiga e'tibor qaratiladi.

**Tadqiqot material va usullari:** Ushbu tezis SARS-COV-2 sabab bo'lgan virusli infeksiya bilan bog'liq bo'lgan O'F fenotipiga bag'ishlangan. Ushbu maqolada O'F ta'rifi, epidemiologiyasi, O'F rivojlanishining molekulyar biologik mexanizmlari, gipoksemiya va giperoklarning roli, O'F rivojlanishiga genetik moyillik, O'F ning rentgenomorfologik xususiyatlari va istiqbolli davolash usullari izchil ko'rib chiqiladi.

**Tadqiqot natijalari:** Sars-cov-2 virusining molekulyar biologik replikasiya mexanizmlari intensiv ilmiy tadqiqot sohasidir. Infektsionning birinchi kunlariga cho'zilgan qisqa inkubatsiya davri burun shilliq qavatining epiteliya hujayralarida virusning ko'payishi bilan tugaydi. Biologik maqsad apikal qismida an-giotensinga aylantiruvchi ferment 2 (APP-2) ifodalangan hujayralardir. Ammo APP-2 renin-angiotensin tizimini tartibga solishda muhim rol o'ynashi aniqlandi. APP-2 ning yuqori zichligi burun shilliq qavatining

nevroepiteliysida sodir bo'ladi. Hidni yo'qotish nervus olfactorius ishtirok etadigan neyro-yallig'lanish jarayonini aks ettiradi. Ba'zi bemorlar ta'mni idrok etishdagi o'zgarishlarni qayd etdilar, bu nervus vagus, nervus glossopharyngeus ta'm lampalarining yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Gipoksiya va giperoksiya O'F rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan omillardir. Fibrogenez jarayonida og'riq-og'riq o'sish omili b (TFR-b) ga beriladi. Fibroblast-mi gialuron kislotasini ishlab chiqarish gipoksiya bilan ortadi [13]. Tfr-b ning bir nechta izo shakllari ma'lum, 3-izofom gialuron kislotasi sintezi bilan bog'liq.

Gipoksiya boshqa sitokinlarni ham o'zgartiradi, fibroblast proliferatsiyasi jarayonida trombositlar o'sishi faktiga katta rol beriladi. Ushbu sitokin glikozaminoglikan fibroblastlari tomonidan ishlab chiqarishning ste-mulyatsiyasi va keyinchalik ularning miyofibroblastlarga differentsiatsiyasi bilan bog'liq. Fibroblastlar va miofibroblastlarning biologik faolligi kollagenning hujayradan tashqari bo'shliqda cho'kishiga olib keladi, bu fibro hosil bo'lishining asosiy jarayonidir.

**Xulosa:** Postkovid sindrom bugungi zamonaviy tibbiyot hamjamiyatimning dolzarb muammosidir. Covid-19 bilan kasallangan odamlarning ko'pchilik qismida O'F rivojlanadi, uning klinik ko'rinishlari koronavirus infeksiyasining dastlabki belgilari emas. Dastlabki virusemiya davrida kasal odamni uyqusiz qoldirishi mumkin bo'lgan nafas qisilishi o'pka parenximasining fibrotik qayta tuzilishi bilan bog'liq emas. Biroq, postkovid sindromning nogironlik belgilaridan biri sifatida hukmronlik qilishi mumkin bo'lgan nafas qisilishi ko'pincha o'pka parenximasining fibrotik jarayonining rivojlanishi bilan bog'liq. O'F rivojlanishini bashorat qilish COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda rivojlanadigan patologik jarayonlarning og'irligini baholashga asoslangan bo'lishi mumkin.

## **OQ ZOTSIZ KALAMUSHLARDA PROSTATA BEZI RIVOJLANISHINING ANATOMIK VA MORFOLOGIK PARAMETRLARINI O'PKA FIBROZI BO'LGANDA O'RGANISH**

**Fayzullayev K.N.<sup>1</sup>, Kenjayev L.R.<sup>1</sup>, Teshayev Sh.J.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali.**

**<sup>2</sup>Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.**

**Annotasiya:** Oxirgi yillarda Uzbekistonda ham prostata bezining kasalliklarining uchrash darajasini nisbatan oshganligi va ularning yosharganligi va ba'zi xolatlarda kechikib aniklanmoqda. Prostata bezining to'qimalari tuzilmalarini gistologik, gistokimyoviy, morfometrik va morfologik-matematik tahlili asosida prostata bezining surunkali o'pka fibrozida yuzada keladigan morfologik o'zgarishlarni aniqlash prosta bezida yuzaga keladigan morfologik morfometrik kurinishlarni ishlab chikishga imkon beradi mazkur muamoga oid ilmiy tadbikotlarning dolzarb yo'nalishi bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda idiopatik o'pka fibrozi noma'lum etiologiyali surunkali progressiv fibrotik interstitsial aseptik pnevmoniya qayd etilgan holat sifatida tushuniladi [15, 216-222b]. Idiopatik o'pka fibrozi (IO'F) interstitsial o'pka kasalliklari tarkibida muhim o'rin tutadi. Idiopatik o'pka fibrozi (IO'F) halokatli kasallik bo'lib, hayot sifatining progressiv pasayishi, jismoniy funksiyalarning tobora cheklanishi va nafas olish yetishmovchiligidan erta o'lim bilan tavsiflanadi. IO'F idiopatik interstitsial pnevmoniyaning eng keng tarqalgan va asosan o'limga olib keladigan shakli bo'lib, o'rtacha umr ko'rish atigi 2-3 yil.

**Maqsad va vazifalar:** Ishdan maqsad prostata bezining anatomik va morfologik parametrlarini o'rganib chiqish va ushbu parametrlarni bilgan holda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan prostata bezidagi o'zgarishlarni aniqlashda oydinlik kiritish bo'lib hisoblandi.

**Material va usullar:** Tekshirish davomida 4-6-9 oylik oq zotsiz kalamush prostata bezi to'qimalarini makroskopik va mikroskopik o'rganishlariga asoslanib, jami 30 ta prostata to'qimasi morfologik o'rganib chiqildi. Umumiy morfologiya uchun har bir prostata bezidan 3 ta bo'lak, ya'ni chap bo'lagi va o'ng bo'lagi va o'rta qismidan 1,5x1,5 sm bo'lakchalar kesib olinib 10% li neytrallangan formalinda qotirildi. Oqar suvda 2 soat yuvilgandan so'ng konsentrasiyasi oshib boruvchi spirtlarda suvsizlantirildi, ksilol-parafinda 4 soat qo'yildi, keyin parafin quyilib, parafinli bloklar tayyorlandi. Parafinli bloklardan 5-8 mkml kesmalar tayyorlanib, gematoksilin va eozinda bo'yaldi. Tekshirish davomida prostata bezining morfologik tomonlari o'rganib chiqildi va kerakli ma'lumotlar olinib, prostata bezining hujayralari, qon tomirlar trinokulyar mikroskop yordamida suratlariga tushirildi.

**Natija va xulosalar:** Tekshirish vaqtida 4-6-9 oylik 30 ta oq zotsiz kalamush prostata bezi to'qimalarini makroskopik va mikroskopik tuzulishi o'rganib chiqildi. Oq naslsiz kalamushlarning 4, 6, 9 oylik kalamushlarning morfometrik ko'rsatkichlarini o'rganib chiqilganda quyidagi ko'rsatkichlarga etiborga olingan holda o'rganildi 4 oylik kalamushlarning prostata bezining absolyut massasi, prostata bezining nisbiy masasi, prostata bezi uzunligi mm, eni mm, qalinligi va prostata bezining hajmi inobatga olindi. Prostata bezi yuqorida keltirilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha miqdorlari aniqlanda bunda 4 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha absolyut masasi 125, 12 ± 2.07 mg ni, nisbiy massasi esa 0,85 ± 0.04 mg /g tashkil qildi, uzunligi 16,26 ± 0.47 mm, qalinigi 12, 65 ± 0.65, bezning hajmi 1210.03 ± 0.17 mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. Prostata bezi yuqorida keltirilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha miqdorlari aniqlandi bunda 6 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha absolyut masasi 129, 34 ± 2.15 mg ni, nisbiy massasi esa 0,90 ± 0.04 mg/g tashkil qildi, uzunligi 18,2 ± 0.78 mm, eni 13,02 ± 0,74, qalinigi 13, 23 ± 0.91, bezning hajmi 1758,32 ± 0.23 mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. 9 oylik oq naslsiz kalamush prostata bezinig o'rtacha absolyut masasi 129, 95 ± 3,06 mg ni, nisbiy massasi esa 0,92 ± 0.04 mg /g tashkil qildi, uzunligi 18,86 ± 0.65 mm, eni 13,14 ± 0,78, qalinigi 13, 47 ± 0.97, bezning hajmi 1867,12 ± 0.31 mm<sup>3</sup> ni tashkil qiladi. Keyingi ko'rsatkich bo'yicha prostata bezida joylashgan epiteliy hujayralarining o'lchamlari haqidagi ma'lumotlar berilgan epiteliy hujayralarining balandligi, eni, qalinligi, epitelitsit hujayralarning hajmi, katta yadro diametri, kichik yadrolar diametri va yadrolar hajmi ma'lumotlari keltirilgan. Shunday qilib 4 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi 18,78 ± 3,43 mkm, eni 15,24 ± 0,28, epitelitsit hujayralr hajmi 291,89 ± 97,25, katta yadrolar diametri 7,76 mkm ± 0,18, kichik yadrolar diametri 5,55 ± 0,24 mkm, yadrolar hajmi 78,82 ± 3,43 mm<sup>3</sup> tashkil qiladi. 6 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi esa 19,86 ± 0,43 mkm, eni 16,78 ± 0,41, epitelitsit hujayralr hajmi 333,25 ± 102,4, katta yadrolar diametri 8,86 mkm ± 0,23, kichik yadrolar diametri 6,91 ± 0,41 mkm, yadrolar hajmi 81,24 ± 4,82 mm<sup>3</sup> tashkil qiladi. 9 oylik oq naslsiz kalamush epiteliy hujayralarning balandligi esa 19,92 ± 0,34 mkm, eni 16,86 ± 0,34, epitelitsit hujayralr hajmi 335,85 ± 103, katta yadrolar diametri 8,57 mkm ± 0,33, kichik yadrolar diametri 6,97 ± 0,52 mkm, yadrolar hajmi 81,63 ± 4,82 mm<sup>3</sup> tashkil qiladi.

**Xulosa:** Tajribada o'pka fibrozi chaqirilgan kalamushlar prostata bezi morfologik jihatdan o'rganilib chiqilganda, prostata bezida distrofik o'zgarishlar yani prostata bezi epiteliy hujayralarida yog'li distrofiya belgilari, epiteliy hujayralarida o'lchamlarining kichrayishi atrofiyaga xos belgilar yuzaga, ishlab chiqariladigan sekret miqdorining kamayishi, yalig'lanishga xos bo'lgan leykositlar infiltrasiyasi, to'qima tarkibida kollagen miqdori oshishi natijasida fibrozlanish natijasida fibroz to'qima miqdorining oshishi aniqlandi va bu o'zgarishlar 4-6-9 oylik oq naslsiz kalamushlarda ham kuzatildi.

## ONALARDAGI SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRI

Xazratkulova M. I., Ulashov B. M.  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

**Mavzuning dolzarbligi:** Statistik ma'lumotlarga qaraganda sitomegalovirus infeksiyasi chaqaloqlar orasida perinatal o'limning 37.5%ini tashkil qiladi va SMVI natijasida kelib chiqqan tug'ma nuqsonlar natijasidagi o'lim 61.4%ni tashkil qiladi. Tug'ma sitomegalovirus infeksiyasi simptomsiz yoki og'ir shaklda kechishi, SMVI natijasida tez-tez o'lim kuzatilishi bilan izohlanadi. Shunga ko'ra 90% SMVI bilan og'ir shaklda kasallangan chaqaloqlarda keyinchalik turli xildagi somatik va nevrologik asoratlar shakllanishi, simptomsiz kechganda esa faqatgina 5-17% bolalarda har xil patologiyalar shakllanishi mumkin

**Ishning maqsadi:** Sitomegalovirus infeksiyasi bor ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarda asab tizimidagi o'zgarishlarni o'rganish.

**Tekshirish material va usullari:** Tekshirish ob'yektimiz Samarqand shahridagi Respublika ixtisoslashtirilgan onalar va bolalar salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali hamda Samarqand shahar 1-son tug'ruq majmuasida 2022-2023-yillarda 130 nafar muddatidan avval tug'ilgan va muddatida tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, ularning anamnezi, laborator tahlillari va instrumental tekshiruvlardan neyrosonografiya dopplerometriya bilan tahlili o'tkazildi. Chaqaloqlar ikki guruhga asosiy va nazorat guruhlariga bo'lib o'rganildi. Asosiy guruhga onasida SMVIsi aniqlangan onalardan muddatida tug'ilgan 60 nafar chaqaloqlar va 30 nafar muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni o'z ichiga oldi. Nazorat guruhda esa SMVI aniqlanmagan onalardan tug'ilgan 20 nafar sog'lom, muddatida tug'ilgan chaqaloqlar hamda 20 nafar muddatidan avval tug'ilgan "shartli sog'lom" chaqaloqlarni tashkil etdi. Asosiy guruhdagi chaqaloqlar tana vazni 920 grammdan 3400 grammgacha bo'lgan tana vaznini egalladi. Nazorat guruhi tana vazni esa 2280 grammdan 4200 grammgacha bo'lgan muddatida va muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni tashkil etdi. Chaqaloqlarining anamnezi, klinikasi va laborator, instrumental tekshiruv natijasi, shuning bilan chaqaloq onalarining hayot anamnezi va SMVIGA IFA va PZR qon tahlili o'rganildi. Samarqand davlat tibbiyot universiteti qoshidagi L.M.Isayev nomidagi Mikrobiologiya, virusologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-tadqiqot markazida PZR tekshirish usuli onaning va chaqaloqning qon plazmasida SMVI tekshirilib, zararlanish darajasi o'rganildi. Radiologik tekshiruv ishlari SamDTU Ko'p tarmoqli klinikasining rentgen-radiologiya bo'limida Neyrosonografiya dopplerometriya bilan tekshiruv o'tkazildi.

**Tekshirish natijalari:** tekshirish natijalarimizda asosiy guruhda Apgar shkalasi bo'yicha nazorat guruhiga qaraganda o'rtacha 3-4 ball past ko'rsatkichlarda baholanib tug'ildi, moslashish davrida emishning sustligi, tashqi ta'sirlarga sust javob berishi, nafas buzilish sindromi har xil darajada n=63 (70%) nafarida, sariqlik uzoq 1 oydan ziyod vaqtgacha cho'zilishi n=48(54%)ida kuzatildi. Nazorat guruhida bu klinik ko'rsatkichlar uchramadi.

Neyrosonografiya tekshirishlari tahlil qilinganda asosiy guruhda bazal va periventrikulyar zonalarda gipoksik-ishemik ensefalopatiya (GIE) o'zgarishlari 85 (95%) nafarida aniqlanib, undan asosan muddatiga etib tug'ilgan chaqaloqlardan 5 nafarida aniqlanmadi, muddatidan avval tug'ilganlarda esa 30(100%) nafarida o'rta va chuqur darajadagi GIE aniqlandi. Ventrikulomegaliya 12(33.3%) nafarida, bosh miya ichi qon quyilishlari 19(21%)nafarida, mezistesiya 2 nafarida va 5 nafar chaqaloqda esa o'zgarishsiz

holatlar aniqlandi. Nazorat guruhi chaqaloqlarida esa tugʻruqxonadagi moslashish davri oson kechdi va yuqoridagi muammolardan faqatgina Neyrosonografiya tekshiruvida bazal va periventrikulyar zonalarda GIE engil darajadagi oʻzgarishlar muddatidan avval tugʻilgan chaqaloqlar guruhining 7(8%) nafarida aniqlandi.

Neyrosonografiya dopplerografiya bilan tekshirishlari tahlil qilinganda asosiy va nazoratdagi yangi tugʻilgan chaqaloqlarda dopplerometriya yordamida miya gemodinamikasini oʻrganishda oʻzgarishlar aniqlandi, unga koʻra oldingi miya arteriyasining qarshilik indeksi (R-OBMA) asosiy guruh chaqaloqlarida  $0,80 \pm 0,06$ , nazorat guruhi chaqaloqlarda  $0,690 \pm 0,005$ , statistik jihatdan farq ( $P < 0,001$ ), Oʻngdagi oʻrta miya arteriyasining qarshilik koʻrsatkichi (oʻngda R-OʻBMA) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda  $0,690 \pm 0,005$ , asosiy guruh chaqaloqlarida esa  $0,82 \pm 0,06$  ( $P \leq 0,001$ ), oʻrta miyaning qarshilik koʻrsatkichi chapdagi arteriyada (R-OʻBMA chap tomonda) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda  $0,674 \pm 0,011$  asosiy guruh chaqaloqlarida  $0,81 \pm 0,06$  va Galen venasida qon oqimining tezligi nazorat guruhidagi chaqaloqlardan oʻrtacha  $7,130 \pm 0,075$  sm/sek va asosiy guruh chaqaloqlarida  $4,1 \pm 0,13$  sm/sek; statistik farqning ishonchliligi  $P \leq 0,001$  aniqlandi.

**Xulosa:** Tekshirish natijalarimizdan SMVI bor onalardan tugʻilgan chaqaloqlarning barchasiga neonatal davrda neyrosonografiya dopplerometriya bilan tekshirish tahlillarida qon tomirlar rezistentlik oʻzgarishlari aniqlandi. Neonatal davrda barcha anamnezida sitomegalovirus infeksiyasi boʻlgan onalardan tugʻilgan chaqaloqlarni bosh miyasini neyrosonografiya dopplerometriya tahlillaridan oʻtkazilishi lozim. Bu esa erta neonatal davrda aniqlangan markaziy asab tizimi kasalliklarini oʻz vaqtida davolash imkonini beradi va kelajakda kuzatilishi mumkin boʻlgan turli xil asab tizimi bilan bogʻliq kasalliklar va asoratlarni oldini olgan boʻladi.

## ISHEMIK INSULT ERTA VA KECHKI TIKLANISH DAVRIDA KOGNITIV OʻZGARISHLAR XUSUSIYATI VA ULARNI DAVOLASH CHORA TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH

M.F Xayriyeva., B.P.Joʻrayev

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali

Kognitiv buzilish insultga uchragan bemorlarning 45-57foizida kuzatiladi. Kognitiv buzilishlar engil, moʻtadil boʻlishi mumkin va demans darajasiga etadi, bu esa kasbiy, ijtimoiy va kundalik sohalarida moslashishning buzilishiga olib keladi. Insult bilan ogʻrigan bemorlarda engil va oʻrtacha kognitiv buzilish holatlarning taxminan yarmida, demensiya esa 9.5-17.6% hollarda kuzatiladi.

**Tadqiqot maqsadi:** Ishemik insultga uchragan bemorlarda kognitiv oʻzgarish xususiyatlarini aniqlash va ularni davolashda antioksidant serekard dori vositasi samaradorligini aniqlash.

**Tadqiqot obʻekti va tekshirish usullari:** Tadqiqot obʻyekti sifatida 72 nafar ishemik insult erta tiklanish davrida davolangan bemorlar qabul qilinib, asosiy guruhga kiritildi. Nazorat guruhiga esa 32 nafar ishemik insult kechki tiklanish davrida boʻlgan bemorlar qabul qilindi. Barcha bemorlarda klinik- nevrologik, neyropsixologik va neyrovizual tekshiruvlar amalga oshirildi. Neyro-psixologik tekshiruv maqsadida MMSE, FAB, SChT sinamalari shuningdek, ruhiy emotsional holatiga baho berish maqsadida Spilberberg sinamasi oʻtkazildi. Standart davo bilan birgalikda serekard dori vositasi 2.0 ml.dan 10 kun davomida qoʻllanildi, soʻng 2-bosqish sinovlar olinib tahlil qilindi.

**Natijalar:** Bemorlarda MMSE FAB va soat chizish sinamalaridan olingan natijalarga koʻra, insultning erta rehabilitatsiya davrida kognitiv buzilishlar oʻta va ogʻir darajada boʻlib,

3 oylik davo muolajalari ushbu natijalarda ijobiy o'zgaralar kuzatildi. MMSE natijasiga ko'ra, asosiy guruhda o'rtacha 24.6 ball va nazorat guruhida 26.3 ball, FAB sinamasida guruhlar orasida mos ravishda 13.2 va 14.5 ball, SChT testida esa bu ko'rsatkichlar 7.4 va 9.7 ballni tashkil qildi. Davo eja tadbirlari natijasida MMSE sinamasi 18%, FAB 8.2% va SChTsinamasida 6.7%ga ijobiy natija berdi. Spilberberg sinamasiga ko'ra, I-guruhda 35.3 va II-guruhda 29.4 ball bo'lib, davolashdan keyin mos ravishda 15% va 11% ijobiy natija ko'rsatdi. Guruhlar orasidagi farq ishonchliligi  $p < 0.05$ ni tashkil qildi.

**Xulosa:** Shunday qilib, serekard dori vositasin insultning erta va kechki davrida kognitiv buzilishlarni davolashda qo'llash bemorlarning ushbu funktsiyalarning va emotsional holatining ijobiy o'zgarishlariga olib keladi. insult erta tiklanish davrida kognitiv buzilishlarni sinamalar orqali erta aniqlash kasallik reabilitatsiyasini tezlashtiradi, shuningdek bemorlar sotsial adaptatsiyasini yengillashtirib, ularning hayot sifatini yaxshilaydi.

## TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASI VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARI

**Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Urmanbaeva D.A., Isomitdinov Sh. RIORIATM**  
**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 saraton 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 saraton tashxisi uchun kompleks ultratovush va MRT tekshiruv keng qo'llanilmoqda. Bu tekshiruv usullari to'g'ri ichak saraton diagnostikasida o'sma maxalliy tarqalganlik xolati, regional limfa tugunlari va boshqa a'zolarida metastatik o'zgarishlar xolatini to'liq aniqlash imkonini beruvchi usullar hisoblanadi.

**Tadqiqot maxsadi:** To'g'ri ichak saraton rezektabelligini 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 saraton 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 regional limfa tugunlar metastatik zararlanishi N mezonga ko'ra sezuvchanlik, spetsifiklik va aniqlik mos ravishda 55,7%, 79,8% va 74,2%, boshqa a'zolar metastatik zararlanishi M mezoniga ko'ra - 85,7%, 94,1% va 94,6% ni tashkil qildi. Kompleks ultratovush tekshiruv to'g'ri ichak devoriga invaziya chuqurligini baholashda (93,8%), neoplazma bosqichini aniqlashda (93,5%) yuqori informatsiya berishi kuzatildi. To'g'ri ichak saratonida MRT tekshiruv o'sma jarayonining maxalliy tarqalish xolatini aniqlashda (96,9%), 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 tekshiruvini imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

## YARA KASALLIGIDA PATOMORFOLOGIK BUZILISHLAR KORREKSIYASI

**Allaberganov M.Y.**  
**TTA Urganch filiali**

Yara kasalligini davolashda antatsidlar, sitoprotektorlar, proton pompa ingibitorlari, HP eradikatsiyasida ishlatiluvchi vositalar H2-gistaminoblokatorlar, M-xolinolitiklar, keng ko'lamda ishlatib kelinmoqda va ular xar doim xam biz kutgan natijalarni beravermaydi.

**Ishning maqsadi:** Yara kasalligiga qarshi yanada faolroq, nojo'ya ta'sirlari nisbatan kamroq kuzatiladigan yangi dori vositalarini topib, ularni mukammal o'rganish va tibbiyotga tadbiiq qilish masalasi hozirgi kunda ham dolzarb muammoligicha qolayotganligini alohida ta'kidlash lozim. Shu o'rinda biz o'z e'tiborimizni Respublikamizda sintez qilingan benzketazon preparatiga qaratdik.

**Material va metodlar:** Tajribalar uchun turli jinsdagi oq kalamushlardan foydalanildi. Kalamushlar me'dasida K.A.Mesherskoy metodidan foydalanilgan holda tajribaviy yara chaqirildi.

Me'dasida yara hosil bo'lgan kalamushlar ikkitata guruhga ajratildi: birinchi guruhdagi kalamushlar me'dasiga 75 mg/kg miqdorida og'iz orqali metallik zond yordamida benzketazon preparati yuborildi, ikkinchi – nazorat guruhidagi kalamushlar me'dasiga shu usul bilan teng miqdorda kraxmal kleysteri yuborildi.

Olingan natijalar va taxlil. O'rganilayotgan xayvonlar tajribaning uchinchi, ettinchi, o'ninchi kunlarida dekapitatsiya usuli bilan jonsizlantirilib, me'da shilliq qavati patomorfologiyasi tekshirildi.

Benzketazon yuborilgan kalamushlar me'dasida tadqiqotlarning uchinchi kuni yara tubida yallig'langan nekrotik detrit va fibrinoidli nekroz sezilarli kamaygan, u proliferativ granulyatsion yallig'langan, tarkibida limfo-gistotsitar hujayralar va shakllanmagan tolasimon tuzilmali infiltrat bilan qoplangan. Mushak qavati tomirlar va interstitsiya tomon yo'nalgan limfo-gistotsitar infiltrat, siyrak mushak tolalaridan iborat. Yara atrofida o'rab oluvchi shilliq epiteliy regeneratsiyasi kuzatildi.

Kuzatuvning ettinchi kunida me'daning ayrim joylarida kichik o'lchamli pilorik qismda joylashgan yakka holdagi yaralar aniqlandi, ularning ko'pchiligi bitish arafasida. Yara tubi silliq, toza, yara atrofida shilliq qavat gipertrofiyasi kuzatildi. Mikroskopik tekshiruvda yara tubi yetilgan gistositar hujayra va tolasimon strukturaga ega shakllangan fibroz to'qimadan iborat.

Kuzatuvning o'ninchi kuni me'da shilliq qavatida yakka holdagi mayda, yuzasi defektlar eroziya va qontalashli ko'rinishda uchraydi. U zich fibroz to'qima, yuzasi giperplaziyalangan va giperx-romatizatsiyalangan epiteliy bilan qoplangan, ayrim sohalarida uzun bo'lmagan vorsinka o'simtalar kuzatiladi. Yara atrofida o'rab oluvchi va bezli epiteliy regeneratsiyasi hisobiga vorsinkalar sezilarli o'sganligi kuzatildi.

Ko'rinib turibdiki, benzketazon ta'siridagi kalamushlarda paydo bo'lgan yaralarning gistomorfologiyasi nazorat guruhi kalamushlaridagiga qaraganda birmuncha kamroq darajada o'zgarishlarga uchragan va yaralarning bitishi ancha tezlashgan.

Benzketazonning bunday yara bitishini tezlashtiruvchi ta'sir samarasini undagi antioksidatlik va yallig'lanishga qarshi xususiyatlar bilan bog'liq deyish mumkin.

**Xulosa:** O'rganilayotgan preparat eksperimental me'da yarasida destruktiv-nekrotik va yallig'lanish jarayonlarining tez so'nishiga, shilliq qavatda hujayra elementlarining reperativ regeneratsiyasining tezlashishiga olib keladi.

## **БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА ХАСТАЛИГИ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ**

**Абдувалиева Ч.М.Халилов Ш.К.,Кадиров К.З.,Исроилов Ш.Ш.  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Болаларда ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги полиэтиологик хасталик бўлиб, болаларда жуда кам учрайди, келиб чиқишида *Helobakteri pilori* муҳим рол ўйнайди. Болаларда ошқозон яра хасталиги 9% ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги 91% да учраб, 600 боладан 1 нафарига тўғри келади.

**Тадқиқот мақсади:** Болаларда ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталигида даволаш самарадорлигини ошириш.

**Тадқиқот материал ва усуллари:** Болаларда ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги асоратларини даволашни ўрганиш мақсадида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон вилоят филиалида 2010 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги асорати билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 145 нафар бемор болаларни текшириш ва комплекс даволаш натижаларини илмий таҳлил қилишга бағишланган.

Бемор болаларнинг жинси бўйича таркибида ўғил болалар ва қизларнинг ўзаро нисбати тахминан 5:1 га тенг бўлиб, ўғил болалар сони 118 нафар (83,8%)ни, қизлар эса 27 нафар (16,1%)ни ташкил қилди. Ёш таркиби бўйича эса беморларнинг ярмидан зиёдини, яъни 84 нафари (57,9%)ни 15 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар ташкил этган. Барча беморлар 145 нафар бўлиб, улардан ошқозон яраси тешилиши билан 88 бемор, торайиш билан 2 бемор, 47 нафаридан ыон кетиш асоратива 1 нафар беморда яра малигнизацияси кузатилди.

**Тадқиқот натижалари:** Барча беморлар анамнездан шуни аниқлаш зарурки, улардаги ҳолатни тўлиқ характерлаш, оғриқ ёки қайт қилиш: қонли характердалиги, унинг миқдори ва тезлигига, кўринишига эътибор бериш ўринлидир. Бу эса хасталикни қиёсий ташхислашга ёрдам беради. Анамнездан яна шуни аниқлаш зарурки, қонли аҳлатнинг келиш миқдори, ташқи кўриниши ва вақтини аниқлаш зарур. Анамнез йиғишда бу бемор болалар ёшига ҳамда улардаги клиник белгиларнинг намоён бўлишига эътиборни қаратиш зарурдир. Агарда катта ёшдаги болаларда аввалдан шу эпигастрал соҳада ҳар хил дискомфортнинг пайдо бўлишига, оғриқ бўлишига ва аҳлатнинг қора келиши каби белгиларни кузатилганлиги ва текширилганлиги ташхис қўйишни осонлаштиради ва яна бундай беҳоллик, камқувватлик, дармонсизлик ҳолатлари аввал ҳам кузатилганлиги муҳим ўрин тутаети. Кичик ёшдаги болаларда эса фарқли ўлароқ, қонли қайт қилиш, беҳоллик белгиларининг пайдо булиши онаси томонидан ёритиб берилишига эътибор бериш зарурдир. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги, яра перфорацияда жуда кучли эпигастрал соҳадаги оғриқ билан характерланиб (ханжарсимон оғриқ), беморнинг умумий аҳволи бирданга ёмонлашиб, мажбурий ҳолат, яъни бемор ётган ҳолатда оёқларини қоринга тортган ҳолда бўлиши, терининг оғриқ фонидан совуқ тер билан қопланиши, нафаснинг тезлашиши, томир уришининг тезлашини ёки қон босимининг тушиши каби белгиларга эътиборни қаратиш лозим. Бизнинг назоратимиздаги барча беморларга қуйидаги текшириш усуллари ўтказилди: I. Албатта қилиш керак бўлган текшириш усуллари : 1)

Умумий кўрик, анамнезини яхши ўрганиш; 2) ЭГДФС 3) Умумий лаборатория таҳлиллари: умумий қон таҳлили, қонни биокимёвий таҳлиллари, ахлатнинг умумий таҳлили ва кахлатдаги яширин қон борлигини аниқлашю II қўшимча текширишлар 1) Ошқозон-ичак тизими рентгеноскопияси ва керак бўлса контрастли текширув; 2) Ошқозон суюқлигини текшириш 3) УТТ; 4) ЭКГ

Умумий қон таҳлилларини қилишда қондаги гемоглобин миқдори, қон ивиш вақтига, тромбоцитлар миқдорига эътиборни қаратиш лозим. Агарда қон кетиш давомли бўлса бемор қон гуруҳи ва Резус факторини аниқлаш керак бўлади. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда бўладиган даволаш тактикалари қуйидаги ҳолатлар билан боғлиқ эканлигини кўрсатиш мумкин. 1. Беморнинг умумий аҳволига (беморнинг ёши, йўлдош касалликлари борлиги.)

2. Ярали деструкция ҳолати ( унинг катта кичиклиги, пенетрация ҳолати)

3. Қон кетиш оғирлиги ( кўп қон йўқотиши, геморрагик шок). Форест бўйича даражаси.

4. Қон кетишнинг рецидиви.

Гастродуоденал яралардан қон оқишларнинг муҳим муаммоларидан бири спонтан ҳолатда ёки консерватив даволашдан сўнг ва эндоскопик гемостаз қилинган кейин рецидив қоноқишлардир. Амалиётда ҳозирги кунда 5- 38% ҳолатларда учрамоқда. Энг хавфли қоноқишининг рецидив бўлиши беморларнинг стационарга тушгандан кейин биринчи суткасида вомида кузатилди. Биринчи 3 соатичида 19% , 6 соатичида -36% ва дастлабки 12 соатичида 45% беморларда рецидив қоноқишлар кузатилди. 47 нафар беморда ярадан қон кетиш асорати кузатилиб, улардан 23 нафари умуман яра хасталиги билан аввал мурожаат қилмаганлиги аниқланди. Қолган 24 нафар бемордан 15 нафари гастрит ташхиси билан вақти вақтида амбулатор даволаниб юрган беморлардир, 9 нафар бемор эса ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра хасталиги билан диспансер назоратида турганлиги аниқланди. Ҳозирги эндоскопик гемостаз усулининг натижалари яхши самарадорлигини ҳисобга олган ҳолда, ярадан қоноқишларларда эндоскопик даволаш тактикаларни қўлладик, яъни 47 беморда, уларнинг 25 нафарида яра коагуляция қилинди, эндоскопик гемостазга эришилди. Қолган 22 нафар бемор консерватив даво чораларидан сўнг самарали эффект олинди.

Операция қилишга кўрсатма бўлиб, эндоскопик усулда қонни тўхтатиш иложиси бўлмаган, қон оқишнинг рецидиви ёки унинг юзага чиқиш хавфи юқори бўлганда, НВ миқдорининг пасайишида, қон кўйиш ҳам яхши эффект бермаганлигидир. Беморлар умумий сонидан 58 беморда яра тешилиши кузатилиб, ташхислашда клиник белгилар билан бир қаторда рентгонологик ва эндоскопик текшириш самарали бўлди. Барчасида шошилишч оператив даво қилинди, яра ўрни дефектини 2 қаторли чоклар билан тикилиб эркин чарви билан перитонизация қилинди ва нозогастроуденал интубация қилинди. Ҳамма беморлар шифохонадан қониқарли ҳолатда чиқарилди. 2 беморда аниқланган 12 бармоқли исак ярасидан сўнгги торайиш ҳолатида, консерватив даво чоралари ўтказилиб, ташриҳга тайёрланди ва режали равишда операция қилиш учун режали жарроҳлик бўлимига ўтказилди. 1 нафар 13 ёшли бемор оғриқ синдроми билан ётқизилиб текширилганда ошқозон яраси малигнизацияга учраганлиги ЭГДФСда аниқланди ва бу бемор онкология шифохонасига ўтказилди. Ташриҳдан сўнгги даврда беморлар амбулатор назоратга олиниб, асорат турига қараб фитотерапия зубтрум дамламасидан тавсия қилинди, қилинган ташриҳ ва фитотерапия натижалари назоратга олинди ва юқорида санаб ўтилган асоратларнинг кузатилмагани аниқланди.

**Хулоса:** 1. Ошқозон 12 бармоқ ичак яра касалликлари асоратининг олдини олиш учун эрта ташхислаш, профилактик эндоскопик текширувларни ташкил қилиш, диспансер назоратга олиш.

2. Хасталикнинг асоратсиз даврида консерватив даво муолажаларини ўтказиш орқали клиник эндоскопик ремиссияга эришиб, бемор болалар яшовчанлигини оширишга эришиш мумкин.

3. Яра хасталиги асоратланган ҳолатларда тўғри хирургик тактика танлаш самарали натижалар беради.

## **МАММОСКРИНИНГ ТЕКШИРУВИГА ЖАЛБ ҚИЛИНГАН АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ**

**Абдувахобов А.А., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К., Махмуджонова С.Ш.**  
Республика ихтисослаштирилган онкология ва ридология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон филиоти филали  
Андижон давлат тиббиёт институти онкология кафедраси

**Кириш:** Маммоскрининг текширувиغا жалб қилинган Андижон вилоятида истиқомат қилувчи 4500 нафар аёллар популяцияси орасида махсус анкета сўровномалари ўтказилди ва таҳлил қилинди. Таҳлил натижасига кўра аёллар хавф гуруҳларига ажратилиб, келгусида амалга оширилиши лозим бўлган профилактик тадбирлар танлаб олинди.

**Долзарблиги:** Сут беzi саратони (СБС) дан ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришнинг асосий усуларидан бири – касалликни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш ва таҳлил қилиш асосида даволашни йўлга қўйиш, аҳолига мақсадли кўрикарни инкор қилмасликларини тушунтириш, аёллар орасида таълим дастурлари сифатини ошириш ва режалаштирилган тадбир мақсадлари тўғрисида хабардор қилишдир.

**Натижалар:** Тадқиқотга жалб қилинган 4500 нафар аёлларда маммографик скрининг хулосалари шуни кўрсатдики, қарийб 230 нафар аёлларда сут беzi саратон олди касалликлари (Birads 3 ва 4), 46 нафарида эса сут беzi саратон касаллиги (Birads 5) аниқланган.

Тадқиқот иштирокчиларидан олинган анкета маълумотларига асосан сезиларли хавф омиллари кузатилган. Уларнинг кўпларида менархенинг эрта бошланиши аниқланган: 44,0% беморда – биринчи хайз кўриш 12-13 ёшда, 11,6% беморда – 12 ёшдан эрта кузатилган. Жуда оз (5,4%) беморда 20 ёшгача биринчи туғруқ бўлган. Шундан 20-24 ёшда 41,1% беморда биринчи туғруқ, 25-29 ёшда – 24,1% беморда, 30 ва ундан катта ёшда – 13,1% беморда биринчи туғруқ кузатилган бўлса, 12,2% бемор туғмаган. СБС касаллиги билан касалланган 28% беморда қариндошликнинг биринчи даражасидаги қариндошлик, 3% беморда эса иккинчи ва учинчи даражадаги қариндошлик аниқланган. 10% беморда СБС ни олиб ташлаш учун диагностик пункция/биопсия талаб қилинувчи сут безларида тугунли ўсмалар аниқланган. Асосан сут безлари ўсмалари фиброаденома (ФА) ва оқим ичи папиллома (ОИП) кўринишида бўлади. 2,7% ҳолатдаги биопсиясида атипик гиперплазия ташхиси қўйилган. Гейл модели бўйича СБС ривожланишининг юқори хавфи 109 та беморда аниқланди.

**Хулоса:** Сут беzi патологиясини эрта аниқлаш дастури бўйича иш олиб бориш, ҳамроҳ омилларни бартараф қилиш учун аёлларни мутахассислар кўрувиغا жалб қилиш касалликнинг эрта босқичларда аниқланишига сезиларли даражада ёрдам беради. Ҳар бир шикоятсиз аёл йилда бир марта маммолог ва гинеколог кўрувидан ўтишлари, 35 ёшдан катта аёллар йилда 1 марта маммография текширувидан, 35 ёшдан кичик аёллар эса йилда бир марта сут безлари ультратовуш текширувидан ўтишлари лозим.

## КЎЗ ҚОН ТОМИР МЕМБРАНАСИНING ПИГМЕНТЛИ МЕЛАНОМАСИНИ КОМБИНАЦИЯЛАНГАН ЛАЗЕР БИЛАН ДАВОЛАШ (577-810 НМ)

Абдурахманова Д.А., Машрабова З.М.  
Андижон давлат тиббёт институти

Бугунги кунда офтальмологиянинг энг муҳим муаммоларидан бири бу кўз ўсмалари, айниқса баландлиги 5 мм гача бўлган хориоид меланомалари билан органларни сақлайдиган даволаш усулини танлашдир. Бундай патологияси бўлган беморнинг офтальмологига мурожаат қилганда, кейинги даволаш тактикаси масаласи кўпинча шифокорни муаммоли вазиятга солади. Бир томондан, қон томир меланомаси эрта метастатик хавфли ўсма (беш йиллик кузатувда ўлим даражаси тахминан 80%) ва бу ҳолат шифокорни радикал жарроҳлик тактикасига мойил қилади. Шу билан бирга, неоплазма нинг Марказий бўлмаган локализацияси бўлган бундай беморларда кўриш функцияларининг юқори кўрсаткичлари кўз олмасини энуклеацияга бўлган эҳтиёжни жиддий психологик муаммога айлантиради, чунки бу босқичда органларни ўз вақтида етарли даражада даволаш яхши натижалар беради [27]

**Мақсад:** Кўз ўсимтасининг ички қон томир тармоғида ҳақиқий сариқ нурланиш спектрининг (577 нм) лазерининг самарадорлигини ва унинг инфрақизил транспупилларар термотерапия билан комбинациясини бироз пигментли ва пигментсиз ўсмаларни даволашда ўрганиш.

**Материаллар ва усуллар:** мақолада Т3 ўлчамдаги қон томир мембранаси нинг минимал пигментли меланомасини комбинацияланган лазер терапияси нинг клиник ҳолати келтирилган. Даволашнинг биринчи босқичи неоплазма атрофида лазер тўсиғи эди. Чекловчи коагуляция тугагандан сўнг дарҳол Куантел Medical (Франция) Supra 577 Й лазер ёрдамида хужайра ичидаги томирларнинг" сариқ " 577 нм лазер коагуляцияси ёрдамида амалга оширилди. Иккинчи босқич-ТТТ 2 ҳафта ичида локал беҳушлиқдан сўнг амалга оширилди. Жараён кенг нуқта учун адаптор ёрдамида "ИҚ 810" иридех (АҚШ) инфрақизил спектрининг офтальмик коагуляториди амалга оширилди. РЕЙХЕЛ-МЕИНСТЕР 1х лазерли контакт линзалари ишлатилган. Учинчи босқич-ТТТ 2 ойдан кейин локал беҳушлиқ остида ўтказилди. (3 мл лидокаин эритмаси 2% ретробулбар). Шишнинг Марказий майдони нурлантирилади, унда қолдиқ гиперфлоресанс қолади.

Натижа: комбинацияланган 4-577 нм лазер терапиясидан 8-10 ой ўтгач, аниқ ижобий динамика, ўсимта ҳажми ва баландлиги пасайиши, ўсимта томирларининг склерози, контрастнинг оқиши ва тўпланиши ва субретинал фибрознинг шаклланиши аниқланди. Даволанишдан 12 ой ўтгач, прогрессив ўсиш белгилари офтальмоскопик ва ФАГД маълумотларига кўра аниқланмайди. Кўриш кескинлиги тузатиш билан бир хил =1.0 бўлиб қолди.

**Хулоса:** 1. Хориоидал меланомаларни комбинацияланган лазер билан даволаш (577-810 нм) лазер билан даволашнинг функционал тежаш усули бўлиб, юқори самарадорлик, хавфсизлик ва радиация энергиясини аниқ дозалаш қобилиятига эга.

2. Ўрта катталиқдаги қон томир меланомаларининг икки босқичли лазер коагуляцияси (тнм томонидан Т 2-4) ва фундуснинг парацентрал ва ўрта периферик зоналарида локализация қилинган заиф пигментация интра ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради ва, эҳтимол илгари лазер билан даволаш учун умидсиз деб ҳисобланган ҳолларда амалга оширилиши мумкин.

Калит сўзлар: Лазер билан даволаш; хориоидал меланома; сариқ диодли лазерли; инфрақизил диодли лазер; пигментли ўсмалар.

## КИМЁВИЙ ВОСИТАЛАР ВА АЛКОГОЛ ИСТЕЪМОЛИНИНГ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА АНИҚЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландарова Г.К.  
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ

**Тадқиқот мақсади:** Андижон популяциясида кимёвий воситалар (КВ) ва алкоголь истеъмолининг (АИ) хатар омили сифатида эпидемиологик тавсифини аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** 549 нафар  $\geq 18-70$  ёшли қишлоқ аҳолиси эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинди. ЖССТ мезонлари қўлланилиб КВ ва АИни тарқалиш частотаси аниқланди ва баҳоланди.

**Натижалар ва хулосалар:** Андижоннинг қишлоқ аҳолисида дори-дармонларни (кимёвий воситаларни) шифокор назоратисиз суъистемол қилиш 68,0%ни ташкил қилади. Бу ятроген омил эркакларда 57,0% ва аёлларда эса – 42,0% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади.  $\geq 70$  ёшлиларда 1,6%, 18-30 ёшлиларда – 26,0%, 31-49 да – 50,0% ва 50-69 да – 21,0% аниқланиш частоталари билан КВни истеъмол қилиш тасдиқланади.

Умуман, деярли 68,0% текширилган аҳоли нотўғри дори-дармонлар қабул қилиш хавфидан кафолатланишмаганлиги аниқланади.

Олинган маълумотларни статистик баҳолаш яна тасдиқладики, АИ қишлоқ умумий популяциясида 34,0% тарқалиш частотаси билан тавсифланади (эркакларда – 77,2% ва аёлларда – 22,8%). Энг юқори частота билан АИ 31-49 ёшда аниқланади (59,6%), ўта паст АИ кўрсаткичи  $\geq 70$  ёшлиларда кузатилади ва 18-30 ёшлиларда ҳамда 50-69 ёшдагиларда нисбатан кам – 17,7% ва 22,2% дан тасдиқланади.

## ҚИШЛОҚ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГИПОДИНАМИЯНИНГ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА ТАВСИФИ

Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Каландарова Г.К.  
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ.

**Тадқиқот мақсади:** қишлоқ популяциясида гиподинамия хатар омилининг тарқалиш частотасини аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Бир вақтли эпидемиологик тадқиқот қишлоқ шароитида ташкил этилди. Унга 425 нафар қишлоқ аҳолиси – фермерлар популяцияси жалб қилинди. Клиник – инструментал ва сўровномали текширув усуллари қўлланилди.

**Натижалар ва хулосалар:** Тадқиқот натижалари тасдиқлайдики, қишлоқ аҳолиси – фермерлар популяциясида гиподинамия 53,0% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Ёшга боғлиқ ҳолда тафовутланиб – 18-30 ёшлиларда – 39,0%, 31-49 да – 56,0%, 60-69 да – 4,4% ва  $\geq 70$  ёшлиларда аниқланмайди (популяция сони озлиги билан тушунтирилади).

Эркакларда тарқалиш частотаси устуворлик қилади (63,0%); аёлларда аниқланиш частотаси (36,0%) 1,9 мартага етиб кам кўрсаткич билан тасдиқланади.

Хусусан, 18-30 ёшли эркак ва аёлларда – 69,0% ва 30,0% дан ( $P < 0,05$ ), 31-49 ёшлиларда – 59,0% ва 40,0% дан ( $P < 0,05$ ), 50-69 ёшлиларда – 68,0% ва 31,0% дан қайд этилади.

**Хулоса:** Гиподинамия Андижоннинг  $\geq 18-70$  ёшли популяциясида юқори тарқалиш частотаси билан тавсифланади. Гендерлик таъсири ишончли тасдиқланади, умумий  $\geq 18-70$  ёшли аҳоли популяциясида – 53,0%, эркакларда 63,0% ва шу ёшдаги аёлларда 36,0% тарқалиш частоталарида гиподинамия қилинади. Бу маълумотлар бирламчи ва иккиламчи профилактика дастурларини ишлаб чиқишда фойдаланиш мумкин бўлади.

## ИККИНЧИ ТУРДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ХАСТАЛИГИДА ОШҚОЗОН ИЧАК ФУНКЦИОНАЛ ДИСПЕПСИЯСИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Абдусаттаров А.А., Мамасолиев Н.С., Жураева М.А., Турсунов Х.Х.  
РШТЁИМ

Андижон давлат тиббиёт институти

ЖССТ экспертлари томонидан қандли диабет XXI асрнинг ноинфекцион пандемияси сифатида белгиланди. Қандли диабет 2 (ҚД 2) кузатилган беморлар сони 2030 йилга келиб ер шарида 552 миллионга яқин кузатилиши мумкинлиги эълон қилинган. 2021-йилда деярли 6,7 миллион ўлим ҳолати диабет билан боғлиқ бўлган ва 2030 йилга бориб ўлим кўрсаткичи бўйича ер юзида еттинчи ўринни эгаллашга уринмоқда. Ушбу касаллик тинимсиз тарқалишининг ортиши билан ажралиб, эрта инвалидликка олиб келади ва юқори ўлим хавфи билан белгиланади. Дунё бўйича Халқаро Диабет Федерацияси томонидан берилган маълумотларга кўра (International Diabetes Federation, IDF), 20-79 ёшдагилар орасида бу касалликдан азият чекаётганлар сони 537 млн га етиб борди (IDF atlas 2021) ва яқин ўн йилга башоратлаганда, 2045 йилга бориб касалликни икки баробар ортишига ва 783 млн инсон хасталаниши мумкинлигини (46% га) башоратлашган.

Сўнги 10-15 йиллар мобайнида ҚД симптомлари таснифи ва патофизиологиясини чуқур ўрганиш туфайли ушбу касалликнинг гастроинтерстинал симптоматика билан патогенетик боғлиқлиги секин аста аниқланди. Олиб борилган тадқиқот маълумотларига кўра, қандли диабет кузатилган беморларда 30-75 % ҳолатда ошқозон –ичак йўллари касалликлари билан касалланиш юрак қон томир касалликларидан кейин иккинчи ўринда туриши белгиланди. Қандли диабет билан хасталанганлар орасида диспептик симптомлар тез тез учраб, 25% ҳолатда кузатилади. Бошқа муаллифларнинг таъкидлашича, ҚД билан беморларнинг барчасида гастроэнтерологик бузилишларнинг у ёки бу даражаси кузатилади ва иккинчи тур қандли диабетда диспепсия синдроми юқори кўрсаткичга эга бўлиб 71 фоиз ҳолатда кузатилган ва бунда органик ўзгаришлар туфайли эмас, балки дискинетик (постпрандиал дистресс-синдром) туфайли кузатилган.

IV Рим мезонлари бўйича (2016) диспепсияга эпигастрал соҳасидаги оғриқ ёки эрта тўйиниш хисси, тўлиш хисси, дамлик ёки кўнгил айниш каби симптомлар киради.

**Тадқиқот мақсади:** Иккинчи турдаги қандли диабет билан хасталанганларда ошқозон-ичак функционал диспепсиясига ичак гормонларини таъсирини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти. Андижон вилояти эндокринология диспансерининг бўлимларида ётиб даволанган ва поликлиникада назоратда турган 2 турдаги қандли диабет билан хасталанган беморлар текширилади.

Тадқиқотнинг предмети. Барча текширувлар Андижон вилояти эндокринология диспансери лабораторияси ва иммунологик текширувлар хусусий диагностик лабораторияларда бажарилган. Гастрин-17, ССК-8, пепсиноген, хеликобактер пилори,

панкреатик амилаза, панкреатик липаза, шунингдек АСТ, АЛТ, билирубин, вена қонидан глюкоза миқдори, венадан гликирланган гемоглобин, мочевино, креатининни текширилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацияда биокимёвий, иммунофермент, инструментал (УТТ, ЭГДС) ва статистик усулларидадан фойдаланилди.

Натижалар шуни курсатадики, инсулин қабул қилмаган икинчи турдаги қандли диабет билан хасталанганларда, ошқозон ичак фаолиятини пасайтирувчи диетик аралашувлар ва/ ёки фармакологик аралашувларни тезроқ сезади. Постпрандиал гликемияда ошқозон бўшашиш тезлиги асосий ҳал қилувчи омиллардан бири ҳисобланиб у қондаги қанд миқдорини гомеостазида муҳим ўрин эгаллайди ва қандли диабет 1 ва 2 тури билан хасталанган беморларда ошқозон бўшашини бузилиши тез тез кузатилиб туради. Ошқозон бўшаши ва гликемия ўзаро икки томонлама боғлиқлик кузатилади - постпрандиал глюкоза пикли концентрацияси соғлом ва қандли диабет билан хасталанганларда 35% ҳолатда кузатилиши; ошқозон бўшаши синдроми эса глюкозани ўткир ортиши билан боғлиқлиги кузатилади. Бундай ҳолатда қандли диабет 2 турда инкретин терапияни қўллаш, ошқозон бўшашини пасайтириш натижасида постпрандиал гликемияни пасайтиради,

Постпрандиал гликемияни глюкоза кўрсаткичларига ва глюкозани ортиши ошқозон бўшашига таъсирга қисқа занжирли пептидлар таъсири уринли эканлиги тасдиқлайди.

## **ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ**

**Ажимаматов Халилулла  
Андижон давлат тиббиёт институти**

**Тадқиқотнинг мақсади:** Оқмали қизилўнғач атрезияси аниқланган чақалоқларда эрта ташхислаш усуллари, оператив даволаш натижалари ва тиббий ёрдам сифатини яхшилаш.

**Материаллар ва усуллар:** 2015-2019 йиллар давомида Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази ҳудудий неонатал хирургия бўлимларига келтирилган ва қизилўнғач атрезияси билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган 213 нафар чақалоқлар танлаб олинди ва 47 нафар бемор ётқизилди. Улардан 29 нафари (62 фоиз) ўғил болалар ва 18 нафари (38 фоиз) қизлардир. 42 нафар беморда (89,5%) қизилўнғач атрезияси пастки трахеозофагиал оқма билан, 3 беморда (5,2%) юқори қизилўнғач оқмаси, 2 болада (4,2%) юқори қизилўнғач оқмаси ва пастки қизилўнғач оқмаси бор эди.

Натижалар. Операциядан олдинги тегишли тайёргарликдан сўнг, барча болалар ҳаётнинг биринчи кунда операция қилинди. Операция ўнг торақотомия, қизилўнғачни ревизия қилиш ва трахеозофагиал оқмани боғлашдан иборат эди. 39 нафар бемор (83%) бир қатор чоклар билан қизилўнғач ва охирини — охиригача анастомози ўтказилди. Қизилўнғач-қизилўнғач анастомозини амалга оширишнинг иложи бўлмагач, 8 нафар беморда (17%) трахеозофагиал оқмани боғлаш билан биргаликда лапаротомия Кадер бўйича гастростомия амалга оширилди. 5 нафар болада (10,6%) операциядан кейинги асоратлар кузатилди. 4 беморда (8,5%) қизилўнғач-қизилўнғач анастомози норасозлиги кузатилди. 1 беморда (2,1%) Торақотом жароҳатни йиринглаши иккиламчи битиши. 16 нафар бемор (34%) операциядан сўнг ўлим ҳолати кузатилди. Қизилўнғач анастомози қўйилган беморлар ўртача 2 ҳафтадан сўнг уйига жавоб берилди ва назорат остида бўлишди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, ушбу тадқиқот Андижон вилоятида қизилўнғач атрезияси бўйича биринчи эпидемиологик тадқиқот бўлиб, унинг натижаларига кўра, қизилўнғач атрезиясининг тарқалиш кўрсаткичи 10000 туғруққа нисбатан 2,01 ни ташкил қилди ва ривожланиш нуқсонлари даражасида худудий фарқлар мавжуд бўлиб, вақт ўтиши билан динамикаси ўзгармаган;

Тадқиқот муддати мобайнида даволаниш учун ётқизилган чақалоқларнинг 40,8% да ҳазм трактининг туғма нуқсонлари аниқланган. Улардан қизилўнғач атрезиясининг ҳиссаси 11,9% бўлиб, 26% чала туғилган чақалоқлар ташкил қилди. Бошқа туғма нуқсонлар ичида юрак-қон томир (58%) ва сийдик-таносил тизимлари (17,3%) туғма нуқсонларининг учраш кўрсаткичи юқори эканлиги аниқланди, шунингдек, қизилўнғач атрезиясининг оқмали шаклларида 93,6% ҳолларда аспирацион пневмония кузатилди;

Туғма нуқсонлар билан туғилган чақалоқлар тўғрисидаги маълумотларни қайд қилиш, тўплаш ва динамик кузатиб борувчи ягона электрон маълумотлар базасини яратиш ва уни вилоятдаги туғруққа кўмаклашувчи муассасалар ва марказнинг неонатал хирургия бўлими амлиётига киритиш бу тоифадаги чақалоқларга ўз вақтида, сифатли ва малакали тиббий хизмат кўрсатишни ташкил қилиш имконини беради.

## **АНДИЖОН ОЛИМПИЯ ЗАҲИРАЛАРИ КОЛЛЕЖИДА СПОРТ БИЛАН ШУҒУЛЛАНАЁТГАН ЎСМИР ҚИЗЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КўРСАТКИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ**

**Акбарова Г.Х.**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

**Мавзунинг долзарблиги:** Ҳозирги 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 марраларини 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 тўртта кўрсаткични баҳолашни таклиф этади. -Текшириш пайтида сурункали касалликларнинг бор ёки йўқлиги. -Жисмоний ва ақлий рухий гормонал ривожланиш даражаси. - Антропометрия (жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини баҳолаш)ўтказилади.

Ўсмир қизлар организмни органларини функционал даражаси. Ножўя таъсирларга организмни қаршилиқ кўрсатиш даражаси. Бу кўрсаткич амалиётда ўз тасдиғини топди ва ҳозирда 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, жарроҳ, ортопед, невропатолог ва б.қ.), 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 рухий 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 йўллари касалликлари, 10% юрак – қон томир касаллиги, 30 % гормонлар ўзгаришлар аниқланган.

**Хулоса:** Спортчиларни машғулотдан олдинги ва кейинги ҳолатига баҳо берилиб, жисмоний зўриқиш ҳисобига улардаги ўзгаришлар ўрганилади. Ўсмир қизларни ёшга нисбатан ривожланиши, жисмоний ва ақлий рухий касалликларни, таянч -ҳаракат тизимидаги ўзгаришларни баҳолаш; Қизларда менструал фаолиятини баҳолаш тести; Дикқатни бузилиши гиперактивлик билан - ташхислаш тести. Скрининг текшириш усуллариини 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.

## МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ ПОЛИКИСТОЗ ТУХУМДОНЛАР СИНДРОМИ БОР БЕМОРЛАРДА ГОРМОНАЛ ВА ЛИПИД КЎРСАТКИЧЛАР

Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева  
Фарғона жамоат саломатлиги институти  
Андижон давлат тиббиёт институти

**Долзарблиги:** Яқин ўтмишда “поликистозли тухумдонлар” (ПКТ) атамаси, гонадотроп гормонлар секрециясини гипоталамик тартибга солишнинг бузилиши билан асосланган, репродуктив тизимнинг патологик ҳолати оқибатида келиб чиққан тухумдонлар тузилмасини ва вазифаларини муайян ўзгариши сифатида тушунилган. Ушбу касалликнинг иккита шакли ажратилган: жинсий балоғатга етиш даврида мустақил нозологик шакл сифатида вужудга келадиган бирламчи, ёки ҳақиқий ПКТ (склерокистозли тухумдонлар, Штейн-Левенталь синдроми), ҳамда, адреногенитал синдром, гиперпролактинемия, Иценко-Кушинг синдроми, ва бошқалар каби турли эндокринопатиялардан келиб чиққан иккиламчи ПКТ (ПКТ синдроми, ёки ПКТС).

**Материал ва усуллар:** ПКТС билан хасталанган аёлларда касалликнинг клиник кечишини ўрганиш мақсадида 2016-2020 йилларда даволанган 49 нафар бемор маълумотларидан фойдаланилган. Бундан беморлардаги антропометрик, инструментал (УТТ) ва лаборатор (гормонал ва липид спектр) ўзгаришлар аниқланган.

**Натижалар:** Беморларда ЛГ ўртача кўрсаткичи дисменореяда 2,5, альгодисменореяда – 2,46, опсоменореяда – 2,52, аменореяда – 2,55; ФСГ кўрсаткичи дисменореяда – 2,5, алгодисменореяда – 2,46, опсоменорея – 2,52, аменорея – 2,55; ЛГ ва ФСГ нисбати дисменореяда – 3,68, алгодисменореяда – 3,85, опсоменорея – 3,81,

аменореяда – 3,65. Прогестерон кўрсаткичи ўрганилганда дисменорея кузатилган беморларда ўртача кўрсаткич 1,89ни ташкил этди, алгодисменореяда – 1,82, опсоменореяда – 1,79, аменореяда – 1,85. Пролактин ўрагилганда ҳам, турли типдаги хайз бузилиши кузатилган беморларда қуйидаги ўртача кўрсаткичлар кузатилди: дисменореяда – 870,8, алгодименореяда – 678,96, опсоменореяда – 781,95, аменореяда – 776. Шунингдек, бемор аёлларда кортизол миқдори ҳам ахамиятли деб олинган, унда ҳам турли типдаги хайз бузилишларида ахамиятли фарқ аниқланмади. Ва аксинча, андроген гормонлар кўрсаткичларида бир оз тафовут кузатиш мумкин (аменореяда уларни кескин ошиши).

Вазнга нисбатан олганда, ЛГ, ФСГ ҳамда прогестерон кўрсаткичлари тана массаси индекси ошиши билан тўғри пропорцияли боғлиқликка эга. Пролоктин, кортизол, DGEA-S ва антимюллер гормони кўрсаткичларида тана массаси индекси билан боғлиқлик кузатилмади.

Лептин ўртача кўрсаткичи барча турдаги хайз бузилишларида нисбатан ошган. Умумий холестерин кўрсаткичи аменорея кузатилган беморларда ўртача 6,21 ташкил этган, бироқ ЮЗЛП ва ПЗЛП, ҳамда триглицеридлар кўрсаткичлари барча турдаги хайз бузилишларида нисбатан бир хилда бўлган.

**Хулоса:** Лаборатор текширувлар давомида метаболизм ўзгаришларини белгиловчи кўрсаткичларни тана массаси индекси билан тўғри, ЛГ, ФСГ ва ГлКТБ тескари пропорцияга эгаллиги аниқланди. Умумий холестерин кўрсаткичи иккала гуруҳда ҳам аменореяда энг юқорилиги аниқланиб, атерогеник индекс, ЛГ/ФСГ, АМГ ва ГлКТБ кўрсаткичларини даволаш натижалари сифатида олиш мумкинлиги аниқланди.

## ТОВОН СУЯГИ СИНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ УЗОҚ НАТИЖЛАРИ

**Аширов М.У., Уринбаев П.**  
**Самарқанд давлат тиббиёт университети**

Адабиётлардаги сўнги 10-15 йил ичидаги маълумотларга кўра, товон суяги синишлари, бошқа болдир-ошиқ бўғими ва оёқ панжа синишларга нисбатан кўп учрайди ва турли муаллифлар таъкидлашича, 7,2-45,9%ни ташкил қилади. Товон суяги синишларини жарроҳлик йўли билан даволанган беморларда қониқарсиз натижалар сони юқорилигича қолмоқда, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 3,6-45,4%ни ташкил қилмоқда. Ҳозирги замонда 50 дан ортиқ товон суягини фиксацияловчи тиббиёт ускуналар мавжуд: травматологияда ишлатиладиган стерженли, сик-стерженли, пластина, винтлар, интрамедулляр остеосинтезлар ва ташқи фиксацияловчи турларга бўлинади. Ташқи фиксацияловчи аппаратлар ёрдамида даволаш турли хил (суяк бўлакларини иккиламчи силжиши, оёқ панжа ёки суяк ўқининг тўғриланмаслиги, остеомиелит, синган соҳани битмаслиги, синган соҳада дефект ҳосил бўлиши, бўғимларда остеоартрозлар ва бошқа) асоратлар сони 1,5%-22%гача етади. Синишларда ташқи фиксацияловчи мосламалар (стерженли мосламалар, Илизаров аппарати), суяк усти пластинаси, интрамедулляр штифтлар, блокловчи интрамедулляр штифт билан остеосинтез услублари синишлар асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшиланишига хизмат қилмоқда. Товон суяги синишлари асоратларининг частотасининг юқорилиги, улар туфайли ногиронлик ва меҳнатга лаёқатлиликнинг вақтинчалик ва барқарор йўқотилишига бағишланган илмий ишлар

олиб борилган. Бироқ товон суяги синишларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммолари охиригача ҳал этилган деб бўлмайди.

Республикамизда ва яқин давлатларда суяклар синишларини даволашда Илизаров аппарати компановкалари ва сих-стерженли мосламалар ёрдамида такомиллаштирилган, очик пластинка ва винтлар билан ҳамда интрамедулляр кам жароҳатли остеосинтез усуллари такомиллаштирилмоқда. Товон суяги синишларини даволашда вужудга келувчи остеомиелит ёки оёқ панжасини йиринглаши каби асоратларнинг профилактикасида суяк бўлақларини эрта стабиллаш ва синган соҳада қон айланишни яхшилаш ёки эрта тиклаш муҳим эканлиги исботланган.

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, синган суяк бўлақларини нормал анатомик алоқаларни яратиш - товон суяги сегментини ва оёқ панжаси бўғимлари функцияларини тиклаш учун зарур ҳисобланади. Айрим муаллифларнинг фикрига кўра, ташқи фиксаторлардан фойдаланиш даврида суяк бўлақларини стабиллаш, синган соҳада суякни ва оёқ панжа ўқини тўғрилаш битиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади, бошқа муаллифларнинг таъкидлашича, суяк бўлақлари репозиция қилинганда суяк бўлақлари орасида дефект юзага келади, бу регенерация жараёнига салбий таъсир кўрсатади. Жарроҳлик йўли яъни ташқи фиксаторлар билан даволаш бўйича ва асоратларни олдини олиш бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Товон суяги синишларида нафақат суяк тўқимасида, балки суяк атрофи юмшоқ тўқималарида, айниқса Ligamentum fibulacalcaneus бириккан соҳалардаги синишларда кузатиладиган патологик ўзгаришлар хирургик даволашни янада мураккаблаштирамоқда, оқибатида ташқи фиксация амалиётида сихлар ёки стерженларни қайси жойдан ўтказиш бўйича аниқ кўрсатмалар ва имобилизация муддатлари ишлаб чиқилмаганлиги, синиш тури, локализацияси ва бойламлар бирикадиган соҳани инobatга олиб, жарроҳлик даволаш усулларига индивидуал ёндашишнинг ўзи етарли бўлмай, янги самарали жарроҳлик даволаш усуллари излашни тақозо этди.

Товон суяги синишларини Ligamentum calcaneofibular соҳасидан синиш турларини ва Bohler бурчагини инobatга олиб, хирургик усуллари қўллаш, баҳолаш мезонлари бўйича яқин ва узоқ даврларда аъло ва яхши натижаларга эришиш даражаси юқорилиги, назорат гуруҳ беморларнинг натижалари билан таққослаш орқали исботлашимиз мумкин яъни назорат гуруҳида умумий балл яқин натижада  $78,2 \pm 1,6$  (ШКК-41-100), 1-асосий гуруҳда  $88,1 \pm 0,8$  (ШКК-71-100) баллни, 2-асосий гуруҳда эса  $89,8 \pm 0,7$  (ШКК-70-100), назорат гуруҳда узоқ натижаларда  $89,1 \pm 1,1$  (ШКК-58-100) баллни, 1-асосий гуруҳда умумий балл  $97,1 \pm 0,4$  (ШКК-86-100), 2-асосий гуруҳда  $99,0 \pm 0,2$  (ШКК-88-100) балларни ташкил қилди. Ётоқ куни назорат гуруҳда  $9,8 \pm 0,41$  (ШКК-10-30) кун, 1-асосий гуруҳда  $8,3 \pm 0,25$  (ШКК-5,0-23) кун ва 2-асосий гуруҳда  $9,1 \pm 0,41$  (ШКК-4-32) кун ва имобилизация муддати бўйича назорат гуруҳда  $102 \pm 0,55$  (94-114) кун, 1-асосий гуруҳ  $90,9 \pm 0,27$  (ШКК-86-96) кунни ва 2-асосий гуруҳда имобилизация муддати –  $91,0 \pm 0,24$  (ШКК-87-96) кунни ташкил қилди.

Назорат гуруҳ беморларини товон суяги синишларини хирургик даволашдан кейинги натижаларнинг паст кўрсаткичларда бўлишига сабаб, беморлардаги синиш турларини ва локализациясини инobatга олинмасдан жарроҳлик амалиётлари амалга оширилишидир. Бундан ташқари бойламларни атрофдаги синишларни Илизаров аппаратини ўрнатишда лигаментотоксис ҳолатларини эътиборга олинмаслик оқибатида хирургик даволаш усуллари амалга оширилиши қониқарсиз натижалар кўпроқ кузатилишига сабаб бўлиши аниқланди. Асосий гуруҳ беморларини Ligamentum calcaneofibular соҳасидан синиш турларини ва Bohler бурчаги даражасини инobatга олиб, модификацияланган Илизаров аппаратини қўллаш, ётоқ кунларининг қисқариши, имобилизация муддатларнинг камайиши ҳисобига эрта реабилитация

қилинади ва яқин ва узоқ натижларда товон суяги тўлиқ анатомик ҳолатигача тикланишига эришилади.

## БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Д.Т. Гиясов, А.С.Исомиддинов, Г.Н. Ибрагимова

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК). Ўткир миокард инфаркти (УМИ) 12-13 % ҳолатларда бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланади. Адабиётларда келтирилишича, кўп ҳолатларда қоринчалар тахикардияси билан бўлмачалар фибрилляцияси бир вақтда ривожланиб, инфаркт зонасини кенгайтишига ва ҳаётий гемодинамик бузилишларга олиб келади. Бу эса УМИ натижасида келиб чиқадиган асоратларни янада кучайтиради. УМИда бўлмачалар фибрилляциясининг ривожланиши асосий иккита сабаб туфайли ривожланади. Биринчидан: ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳисобига чап бўлмачадаги гемодинамик зўриқиш. Бунда чап бўлмачада ўткир ремодуляция ҳисобига миокарднинг электрофизиологик ўзгариши юзага келади. Иккинчидан: чап бўлмачани қон билан таъминлайдиган коронар атерияни оклюзияси натижасида бўлмача миокардини ўткир ишемияси юзага келади. Бунинг оқибатида пароксизмал шаклдаги бўлмачалар фибрилляцияси ривожланади.

**Ишнинг мақсади:** стационар шароитда ЮИК. УМИ диагнози билан даволанаётган беморларда бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланишининг ёшга, жинсга, миокард инфарктини зонасига ва муддатига боғлиқлигини ўрганиш.

**Текширув материали:** РШТЎИМНФда даволанган ЮИК. Ўткир Q-тишли миокард инфаркти билан даволанган 58 нафар бемор касаллик тарихи текширув материали сифатида ўрганилди. Текширувга олинган беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 21 нафар бемор аритмия била асоратланмаган (назорат гуруҳи). 37 нафар бемор турли хил ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари билан асоратланган.

**Текширув хулосалари:** жами беморлардан эркаклар 32 нафарни 55,2 %, аёллар эса 44,8 % 26 нафарни ташкил қилди. Аритмия билан асоратланмаган назорат гуруҳидаги 21 нафар беморлардан 11 нафари 52,4 % эркак, 10 нафарини 47,5% аёллар ташкил қилди. Ритм ва ўтказувчанлик бузилиши билан асоратланган 37 нафар бемордан эркаклар 56,7 % 21 нафарни, аёллар эса 16 нафарни 43,33 % ташкил қилади.

37 нафар турли хил ритм ва ўтказувчанлик билан асоратланган беморлар орасида бўлмачалар фибрилляцияси 8 нафардан 21,6 % иборат. Умумий 58 нафар бемор орасида эса 13,8 %ни ташкил қилади.

Ёш бўйича кўрсаткичлар: 30-39 ёш орасида 1 нафар 1,7 %, 40-49 ёш орасида 4 нафар 6,9 %, 50-59 ёш орасида 18 нафар 31,11 %, 60 ёшдан катталар эса 35 нафарни яъни 60,3 % ташкил қилди.

8 нафар бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган беморларнинг 5 нафари 62,5 % эркаклар, 3 нафари 37,5 % аёллардан иборат. Бўлмачалар фибрилляцияси 5 нафар беморда яъни 62,5% УМИни 1 суткасида, 2 нафар беморда 25 % ҳолатда 2-3 сутка орасида, 1 нафар 12,5 % беморда эса 5 суткада ривожланган. 1 суткада ривожланган 5 нафар беморлардан 1 нафарида тромбозис амалиётдан кейин кузатилган.

8 нафар бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган беморларда медикаментоз (b адреноблокаторлар, амиодорон ва пропронорм) ва электрик кардиоверсия орқали ритми тиклаш муолажалари утказилган. 8 нафар бемордан 5 нафарида медикометроз усулда ритм тикланган. 2 нафар беморда электрокардиоверсия

ва медикоментоз усул комбинациясида ритм тикланган. 1 нафар беморда бўлмачалар фибрилляцияси доимий шакли ривожланган.

Миокард инфарктини зонаси буйича: 8 нафар бемордан 6 нафарида 75 % чап қоринча олдинги оралик деворида булса, 2 нафар беморда эса 25 % чап қоринча пастки деворида миокард инфаркти кузатилган. Чап қоринча олдинги оралик деворида ривожланган УМИ бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланганда 3 нафарида ўткир чап қоринча етишмовчилиги, 1 нафарида эса кардиоген шок ҳолати кузатилган. УМИ чап қоринча пастки деворида бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган беморларда эса ўткир чап қоринча етишмовчилиги кузатилмаган.

**Хулоса:**

1. ЮИК. УМИ бўлмачалар фибрилляцияси билан 13,8 % беморларда асоратланган. Бу беморлар асосан 60 ёшдан катталарда, эркакларда 62,5 % кузатилган.

2. ЮИК УМИ Булмачлар фибрилляцияси билан асоратланганда чап қоринча олдинги оралик девор шикастланишида ўткир чап қоринча етишмовчилиги кузатилган.

3. Медикаментоз ва электрик кардиоверсия орқали ритм 87,5% ҳолатда тикланган ва ҳаётий асоратлар бартараф этилган. ЮИК. Ўткир коронар синдроми ва миокард инфарктида антикоагулянт, антиагрегант (комбинацион) препаратлар билан бир қаторда антиаритмик воситаларни (асосан b-адреноблокаторларни) барвақт қўлланилиши лозим.

**БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИНИ ТУМАН ШАРОИТИДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ**

**Дурсунов А.М., Мавлонов О.М.  
РИТОИАТМ, Китоб ТТБ**

**Мавзунинг долзарблиги:** Болаларда елка суяги дистал қисми синиқларини даволаш бугунги кунда замонавий травматологиянинг мураккаб муаммоларидан биридир. Болалардаги елка суяги дистал қисми синиқларини оғир жароҳатларидан бири бўлиб, турли муаллифларнинг маълумотларига қараганда, елка суяги синиқларининг 48,2% ташкил этади.

**Ишнинг мақсади:** Болаларда елка суягини дўнглара- ва дўнглурусти синишларида компрессион-дистракцион остеосинтез натижаларини таҳлил қилиш.

**Материаллар ва услублар:** Китоб туман тиббиёт бирлашмаси травматология ва ортопедия бўлимига 2021-2023 йилларда елка суягининг синиши бўйича жами 376 бемор болалар мурожаат қилган. Булардан 302 беморда елка суягини дистал қисми синишлари ташкил этади. 194(4.7%) беморда елка суягини дўнглара- ва дўнглурусти синиши, 118 (2.7%) беморда эса дўнглурустидан синиши кузатилган. Ҳозирги кунда болалардаги елка суягини дўнглара- ва дўнглурусти синишларини оператив даволашда Республика ихтисослаштирилган Травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказида ишлаб чиқилган усулини қўлладик. Бу усулда елка суяги ёпиқ репозиция қилиниб, 2 та ярим ҳалқадан иборат Илизаров аппарати билан остеосинтездан иборат. Шу усулда даволанган 1,5 ёшдан 14 ёшгача бўлган кузатувдаги 30 беморлар орасида 20(66,7%) ўғил болалар, 10(33,3%) қиз болалар ташкил этади. Бундан кўриниб турибдики, бу турдаги синишлар ўғил болаларда қиз болаларга қараганда кўпроқ учраган, яъни 2:1 нисбатда. Операцияни муваффақиятли ўтиши репозицияни тўғри ва тўлиқ бажарилишига, яъни, проксимал ва дистал бўлақларни ён томонга ва ротацион силжишларини тўғри жойига қўйишга ва ташқи компрессион-дистракцион

фиксацияни стабил бажарилишига ва тўлиқ консолидациягача ушлаб туришга, ҳамда тирсак бўғимида ҳаракатни эрта бошлашга боғлиқ.

**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси:** Елка суягини дўнглара- ва дўнглурусти синишларида компрессион-дистракцион остеосинтез натижалари операциядан кейинги эрта ва узоқ даврларга бўлиб ўрганилди. Илизаров аппарати ечилганда, кўпчилик беморларда тирсак бўғимида ҳаракатни қийинлиги аниқланди, бунда беморларга физиотерапевтик муолажалар қўлланилди. Узоқ натижалари 3 балли системада ўрганилди («0»,«1»,«2») ва йиғилган баллар натижасига қараб натижа баҳоланди.

Қониқарли натижали беморлар ёки қўлидан шикояти бўлган беморлар, масалан, тирсак бўғимида ҳаракатни чекланганлиги ва қўл ўқини қийшиқлиги. Рентгенологик кўрсаткичлар, бунда қўл ўқи қийшиқлигига аҳамият берилди. Функционал кўрсаткичлар, бунда тирсак бўғимидаги ҳаракатнинг қийинлиги, контрактуралар ва анкилоз. Натижаларни баҳолашда кўрсаткичлар соғлом қўл билан солиштириб ўрганилди, бунда максимал балл- 6 балл, минимал балл- 0 балл.

Олинган натижалар мос равишда 3 гуруҳга бўлинди. 1. Яхши натижа 5-6 балл. Бунда ҳамма кўрсаткичлар нормада: қўлнинг шакли нормада-физиологик валгус сақланган; тирсак бўғимида ҳаракат тўлиқ тикланган; рентгенологик текширувларда жуда кичик ўзгаришлар аниқланиши. 2. Қониқарли натижа 3-4 балл. Бунда тирсак бўғимида ҳаракат ва кучи тўлиқ сақланган, лекин бўғимда енгил деформация, рентген текширувида суяк шаклини бироз каттароқ ўзгаришлари яъни, енгил cubita rekta ёки cubita vara. Бу гуруҳдаги беморларда тирсак бўғими ҳаракатларида ва физиологик юктамаларда оғриқ аниқланмайди. 3 Қониқарсиз натижа 3-0 балл. Бу гуруҳга қуйидаги беморлар киради: тирсак бўғимида аҳамият касб этадиган ўзгаришлар, шакли ва функциясининг ўзгариши (cubita valga ёки cubita vara) киради. Тирсак бўғимида даврий оғриқлар, контрактуралардан анкилозгача ўзгаришлар бўлади. Рентген текширувида тирсак бўғимини ташкил этувчи элементларни ифодаланган ўзгаришлари аниқланди.

**Хулоса:** Болаларда елка суягини дўнглара- ва дўнглурусти синишларини ўз вақтида диагностика қилиш, тўғри даволаш усулини танлаш ва тирсак бўғимидаги ҳаракатни эрта бошлаш, ҳамда асоратларини минимал даражада камайтиришга эришиш лозим.

## **ҲАРБИЙЛАРДА ЎПКА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ**

**Жакбарова М.А., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Ашуралиева М.А.**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

Дунёда, клиник амалиётда респиратор гуруҳга қарашли тиббий ёрдамга муҳтож беморлар умумий касалланиш сонига нисбатан 25% ташкил этади. Улар орасида зотилжам ташхиси билан госпитализация 10% ни ташкил этади.. Дунёда пневмония ва вирус билан ўлим кўрсаткичи 131 ўринни эгаллаб 100 000 аҳолига нисбатан 16,02 инсонда кузатилган бўлса, 2020 йилда Ўзбекистонда умумий ўлим кўрсаткичига нисбатан ўлим кузатилиши 4.574 ёки 2,83% да аниқланган.

МДХ давлатлари ҳарбийлари орасида зотилжам билан хасталаниш 0,02-0,03% кузатилади, чақириқдаги ҳарбийлар орасида 0,05-0,06% ни ташкил этиши бўйича маълумотлар муаммони долзарблигини алоҳида таъкидлайди..

Охирги йиллар олиб борилган изланишларда зотилжам этиологиясига муҳим ўрин вирусларга берилмоқда. Вируслар орасида кўпроқ аденовирус ва респиратор-синцитиал вируслар алоҳида ўрин эгаллайди. Камроқ ҳолатда пневмонияда коронавирус, парагрипп вирус, риновирус ва бошқалар кузатилган. Айниқса грип

эпидемиясида шифохонадан ташқари зотилжам билан хасталанганларда А грип вирусини (H1N1) аниқланган. Баъзи маълумотларда вирусли-бактериал зотилжамни кузатилиш 15% ва 3% ташкил этган. Ўхшаш маълумотлар Демин Ю.В. ишларида кузатилган (2014 й.), бунда вирусли зотилжам аҳолини ката ёшдаги қатламида 3,7% дан ошмаган, вирусли-бактериал ассоциациялари – 14,5% дан ошмаган. Лекин, ҳамма олимлар ҳам шифохонадан ташқари зотилжам этиологик омили сифатида вирусни тан олмайди. Бронхопуймонар касалликлар орасида кўп тарқалган СЎОК, сурункали бронхит, бронхиал астма муаммолари бўйича халқаро NHANES III (2003), PLATINO (2005), BOLD (2007), LARES (2007) ва Россия текширувлари ўтказилган. Изланишлардаги натижалар бир биридан жиддий фарқланади. Изланишлар турли мамлакатларда ўтказилган, турли услублардан фойдаланганлиги сабаб маълумотлар турли бўлган. Кўп ишларда устувор ўрин чекишга ажратилган. Чекиш йилига беш миллиондан ортиқ инсон ўлимига сабаб бўлади ва дунё бўйича ката ёшдаги инсонларни ўлим кўрсаткичини 10% ташкил этади. Доимий чекувчилар орасида сурункали бронхит 1,5 баробар ортиши кузатилган ва кунига чекилган сигарет сонига боғлиқ бўлган. 80- 90% ҳолатда СЎОК хавф омили сифатида чекиш ҳисобланади, баъзилари ушбу ҳолатни профессионал касалликларга тенглаштирилган. СЎОК хавф омили бўлган ишлаб чиқариш поллютантлари чекиш билан биргаликда кечганда касалликни оғирлаштиради.

Россия Федерациясида нафас аъзолари касалликлари ўрганилганда биринчи ўринда 55% СЎОК; 19% бронхиал астма ва 14% зотилжам. 45 ёшдан катталар орасида СЎОК ўлим кўрсаткичи 4 ўринни эгаллаган ва йилдан йилга ортиб борган.

2012 йилда сурункали ўпка обструктив касаллиги ҳамроҳ касалликлар таъсирида ўрганилган ва шу қаторда, сурункали ўпка касалликлар билан юрак қон томир хасталликлари билан ўзаро боғлиқлик ҳам олимлар томонидан ката қизиқиш ўйотган., улар қаторида қандли диабет билан, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан, мия ишемияси билан, сийдик ажратиш тизими билан (Шойхет Я.Н., 2008), сил ва ОИВ инфекцияси билан, депрессия билан биргаликда кечиши ўрганилган. Лекин, контингент орасида ҳарбийлар кам ўрганилган бўлиб, улар орасида шифохонадан ташқари зотилжам чўзилиб кетиши, ўпка обструктив касаллиги, сурункали бронхит ва бронхиал астманинг кечиши, уларнинг хавф омилларини аниқлаш ва ўрганиш, касалликни даволаш ва профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш замонавий тиббиётда долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Бизнинг изланишимизнинг мақсади; Марказий ҳарбий клиник госпиталда даволанган беморларда нафас аъзолари касалликларининг структураси, клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш ва профилактика чора тадбирларини такомиллаштириш

Тадқиқотнинг объекти сифатида: 18 ёшдан 70 ёшгача бўлган 160 нафар эркак Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали ички касалликлар бўлимида даволанган муддатли ҳарбий хизматчилар, шартнома асосидаги ҳарбий хизматчилар, зобитлар ва захирага чиқарилган ҳарбий хизматчиларда ретроспектив касалликни структураси ва проспектив сурункали ўпка касалликларининг структураси, клиник кечиш хусусиятларини ўрганилди.

Тадқиқотнинг предмети: Кўйилган вазифаларни амалга ошириш учун беморлар касаллик тарихлари ўрганилади ва 2023 йилда янги ётқизилган беморлар орасида лаборатор ва инструментал текширишлар олиб борилди. Бу мақсадида беморларда ташхисга аниқлик киритувчи барча лаборатор текширув ва ускуналардан фойдаланилди, қон зардоби олинди.

Тадқиқотнинг усуллари. Биохимик текширувда аспартат аминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), билирубин, мочевино, креатинин, умумий

оқсил, қон ивиш тизими, IgG ва М маркерлари аниқланди. Инструментал текширувда спирометрия, сатурация, рентген, томография, электрокардиография ўтказилди, ҳамда статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг амалга ошириш натижасида Марказий ҳарбий клиник госпиталда 2020-2023 йиллар давомида даволанган ҳарбийлар орасида ўткир ва сурункали бронхопулмонар касалликларининг структураси ўрганилади; Ўзбекистонда илк бора ҳарбийлар орасида асосий учрайдиган бронхопулмонар касалликларнинг хавф омиллари ва унинг сабаблари ўрганилди ва комплекс баҳоланади.

## **БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШ**

**Закирова Г.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.**

**“Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-  
амалий тиббиёт маркази” ДМ.**

**Тошкент Ўзбекистон**

**Тадқиқот мақсади:** Буйрак дисфункцияси бўлган сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларда эндотелий дисфункциясини эрта аниқлаш.

**Тадқиқот материал ва методлари:** Тадқиқотда ўртача  $56,5 \pm 6,6$  ёш бўлган, СЮЕ билан касалланган 200 нафар бемор иштирок этди. Беморлар 6 дақиқалик юриш тести (ОДЮС) натижаларига кўра, NYHA бўйича функционал синфларга (ФС) бўлинган. 1-гуруҳ - I ФС СЮЕ билан 68 (21,3%) бемор, 2-гуруҳ - II ФС СЮЕ билан 51 (44,1%) бемор ва 3-гуруҳ - III ФС СЮЕ билан 87 (34,6%) бемордан иборат. Назорат гуруҳи 40 нафар соғлом кўнгиллилардан иборат эди. Тадқиқотга қандли диабет билан касалланган беморлар, шунингдек, буйракларида ўсмалари бўлган беморлар киритилмаган. Барча беморларда иммунофермент анализи NO миқдорини «Abbkine» фирмаси реактивлари ёрдамида иммунофермент усулида Assay Kit иммунофермент анализаторида, фон Виллебранд омили миқдорини «Elabscience» фирмаси реактивлари ёрдамида иммунофермент усулида ELISA Kit иммунофермент анализаторида аниқланди.

**Тадқиқот натижалари:** Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, СЮЕ билан касалланган беморларда иммунофермент анализи NO синтаза III ФС СЮЕ билан касалланган беморларда –  $89,7 \pm 6,9$  нмоль/мл ташкил қилди, II ФС СЮЕ билан касалланган беморларда –  $93,4 \pm 5,9$  нмоль/мл ташкил қилди бу кўрсаткич назорат гуруҳида  $120,3 \pm 7,5$  нмоль/мл га тенг булиб, яъни NO синтаза III синфда 24,44% паст бўлди. NO синтаза I ФС СЮЕ да  $108,7 \pm 8,2$  нмоль/мл ташкил этди. Фон Виллебранд омили иммунофермент анализлари таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, III ФС СЮЕ билан касалланган беморларда –  $153,9 \pm 17,8$  % ташкил қилди, II ФС СЮЕ билан касалланган беморларда –  $132,0 \pm 13,2$  % ташкил қилди бу кўрсаткич назорат гуруҳида  $109,6 \pm 16,2$  % га тенг булиб, яъни Фон Виллебранд омили III функционал синф беморларида 40,41 % га юқори бўлди. Фон Виллебранд омили I ФС СЮЕ да  $131,4 \pm 16,2$ % ни ташкил этди. КФТ  $\geq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бўлган беморларда бу кўрсаткич  $130,5 \pm 15,2$ % ни, КФТ  $< 60$ мл/мин/1,73м<sup>2</sup> бўлган беморларда -  $159,1 \pm 15,9$ % тенг бўлди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич  $109,6 \pm 16,2$ % ташкил этди.

**Хулоса:** СЮЕ нинг зўрайиши NO синтаза экспрессиясининг пасайиши билан бирга кечди, бу эндотелиал NO метаболитлари фаоллигининг пасайиши ва эндотелий дисфункциясининг гуморал омилларидан – фон Виллебранд омилининг ишончли

ошиши билан тавсифланди ва бу жараён КФТ <60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> паст бўлган беморлар гуруҳида ишончли даражада юқори бўлди.

## БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК АРТЕРИЯЛАРИ ДОПЛЕРОГРАФИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Закирова Г.А., Машарипова Д.Р, Тагаева Д.Р.

“Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-  
амалий тиббиёт маркази” ДМ,  
Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқот мақсади.** Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлган беморларда буйрак дисфункцияси (БД) даражасига қараб буйракларда қон оқимининг параметрларини ўрганиш.

**Тадқиқот материал ва методлари:** Нью Йорк Кардиологлар Ассоциациясининг таснифига кўра, СЮЕ ФС I (39 нафар бемор), ФС II (61 нафар бемор) ва ФС III (52 нафар бемор) бўлган 152 нафар СЮЕ билан касалланган беморлар текширилди. Беморларнинг ўртача ёши 62,5±7,96 ташкил этди. СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида барча беморларда зардоб креатинини даражаси ва коптокчалар филтрацияси тезлиги (хКФТ) аниқланди. Беморлар хКФТ қараб 2 гуруҳга бўлинган: 30<хКФТ 560 мл/дақиқа/1,73м<sup>2</sup> – 63 нафар, ва хКФТ>60 мл/дақиқа/1,73м<sup>2</sup>- 89 бемор. Буйрак қон оқими қон томир доплерографияси ёрдамида аниқланди ва қуйидаги кўрсаткичлар баҳоланди: энг юқори систолик қон оқими тезлиги (Vs), максимал якуний диастолик қон оқими тезлиги (Vd), вақт бўйича ўртача қон оқими тезлиги (Vmean), қаршилиқ индекси (RI), пульсативлик индекси (PI), ўнг ва чап буйрак артерияларининг даражасида қон оқимида аниқланди.

**Тадқиқот натижалари:** ФС I СЮЕ билан касалланган беморларда ўнг ва чап буйрак артерияси Vs даражасида 56,7±7,6 см/сек ва 55,7±9,3 см/сек, Vd см/сек индекс эса 16,32±3,1 см/сек ва 16,84±4,0 ни ташкил этди. Ушбу гуруҳ беморларининг PI индекси 29,1% (p<0,001) ва 23,8% (p<0,001), RI – 0,71±0,05 6,8% (p<0,001) ва 1% (p>0,05), Vmean тезлиги пасайиши - 40,9% (p<0,001) ва 35,5% (p<0,001), Vd пасайиши - 21,4% (p<0,005) ва 3% (p>0,05) см/сек, мос равишда, назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан солиштирганда, ўнг ва чап буйрак артерияси даражасида СЮЕ ФС II бўлган беморларда PI - 30,2% (p<0,001) ва 24,6% (p<0,001) ва RI - 7,6% (p<0,001) ва 1% (p>0,05) га ошган. Vmean тезлигини камайиши-56,9% (p<0,001) ва 56,2% (p<0,001) билан, Vd 35,2% (p<0,001) ва 19,7% (p<0,001), Vs - 15,8% (p<0,001) ва 15,6% (p<0,001) назорат гуруҳи билан таққослаганда, СЮЕ ФС II билан ўнг ва чап буйрак артериялар кўрсаткичида PI 29,9% (p<0,001) ва 21,9% (p<0,001), Vmean тезлиги камайиши - 61,6% (p<0,001) ва 55,2% (p<0,001), Vd - 37,1% (p<0,001) ва 19% (p<0,001), Vs - 20,5% (p<0,001) ва 19% (p<0,001), ўз навбатида, назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан солиштирганда буйрак дисфункцияси буйрак қон оқимининг ёмонлашиши билан боғлиқ эди. хКФТ<60 мл/мин бўлган беморларда ўнг ва чап буйрак артерияларида Vs нинг 16,4% (p<0,01) ва 16,8%(p<0,01), Vd 18,1% (p<0,05) га камайиши кузатилди ва 17,3% (p<0,01) индекс резистентлиги ошиши, 11,9% (p<0,05) ва 12,4% (p<0,05), хКФТ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> бўлган беморларда бу кўрсаткичлар билан солиштирганда 9,8 ва 10,1% га пульсативлик индексининг ошиши кузатилди.

Хулоса. СЮЕ билан БД бўлган беморларда буйрак қон оқими кўрсаткичлари касалликнинг клиник кечишининг оғирлиги ва КФТ кўрсаткичининг пасайиши билан боғлиқ бўлди.

## **ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОННИНГ БОСҚИЧИГА КЎРА АНИҚЛАНИШ ВА ЎЛИМ СТАТИСТИКАСИ**

**Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Каландаров М.  
РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

Биринчи марта ҚС ташхиси қўйилган беморларнинг саратон босқичига кўра, тақсимлаш шуни кўрсатдики, беморларнинг кўпчилиги - 124 киши (51,88%) саратон касаллигининг 2-босқичида, ва шу беморларнинг - 86 бемор нафарида (25,98%), радикал ва кенгайтирилган ва комбинацияланган жарроҳлик операциялари зарур бўлади. Беморлар орасида 1-босқичда, минимал инвазив муолажалар ва ҚС бўлса - эндоскопик радикал органларни сақловчи муолажалар - фақат 1 кишида (0,42%) аниқланди. 28 беморда (11,72%) ҚСнинг 4-босқич ташхиси қўйилган, уларни фақат паллиатив даволаш мумкин. Шунингдек, таҳлиллар шуни кўрсатдики, 3- ва 4-босқичда аниқланган беморларнинг энг кўп сони Наманган вилоятида (мос равишда 43,66 % ва 23,94 %), Андижон вилоятида 26,32 % ва 3,95 %, Фарғона вилоятида 38,04 % ва 8,70% бемор қайд этилган (худудлар ўртасида касаллик аниқланган босқичга қараб частоталар фарқининг аҳамияти  $h_1$  квадрат = 26,60,  $p < 0,001$ ).

2020-йилда 210 нафар бемор РИО ва РИАТМ худудий филиаллари ҳисобидан чиқарилди (2020-йилда барча рўйхатга олинганларнинг 28,69% (ҳисобдан чиқарилган ва ҳисобот йили охиригача ҳисобга олинган беморлар сони), шундан 154 нафари (73,33%) қишлоқ аҳолиси ва 90 нафари (42,86%) аёллар, улардан 163 нафари ҚС туфайли вафот этган (рўйхатдан чиқарилган барча беморларнинг 77,62% ва РИО ва РИАТМ худудий филиалларида 2020 йилда рўйхатга олинганларнинг 22,27 %), шу жумладан 127 нафари (77,91 %) қишлоқ аҳолиси ва 73 нафари (44,79%) аёллар. Рўйхатдан чиқарилган ва вафот этган беморларнинг энг кўп сони (кузатиш даври охирига келиб диспансер ҳисобида қолган беморларнинг 96,23 % ва 75,47 %) Андижон вилоятида қайд этилган (беморлар сони бўйича худудлар ўртасидаги частота фарқининг аҳамияти) рўйхатдан олиб ташланган  $h_1$  квадрат = 177,01, вафот этган беморлар учун  $h_1$  квадрат = 122,50, ҳар иккала частота фарқи учун  $p < 0,001$ ).

Шундай қилиб, тадқиқотнинг биринчи, ретроспектив, эпидемиологик босқичида РИО ва РИАТМ худудий филиаллари маълумотлари асосида ҚС Андижон, Наманган ва Фарғона вилоятларида 100 000 аҳолига 5,29 та касал учраши ва барча хавфли ўсмаларнинг 1,98% ни ташкил этиши аниқланди. 2020-йилда жами 732 нафар ҚС билан касалланган бемор диспансер ҳисобига олинди, шундан йил охирига қадар 522 нафар бемор қолган. Бошқа мамлакатлар маълумотлари билан солиштириганда аёллар улуши нисбатан юқори бўлиб, 48,08% ни ташкил этди. 5 йиллик ҳисобот даврида вилоят онкологик диспансерларида рўйхатга олинган ҚС билан касалланган беморлар сони 21,39% га камайди, Шунингдек, хавфли саратон таркибида ҚС нинг нисбий улуши ҳам камайди (11,65%). 2020-йилда рўйхатга олинган беморларнинг 55,97 %да ҚС биринчи марта аниқланган ва саратонни дастлабки босқичларда аниқлаш имконини берадиган профилактик текширувлар давомида касаллик фақат янги ташхис қўйилган беморларнинг 20,01% да аниқланган. Бунинг оқибати шундаки, кўпчилик беморларда

саратон 2 ва 3 босқичларда аниқланган ва фақат 1 беморда – 1 босқичда аниқланган. 2020- йилда рўйхатдан ўтган беморларнинг 28,69% рўйхатдан чиқарилган, шу жумладан, рўйхатга олинган барча беморларнинг 22,27%и ҚСдан бир йил ичида вафот этган. Худудлар бўйича қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, қизилўнгач патологиясини эрта аниқлаш ва дастлабки профилактиканинг асоси бўлган дастлабки скрининг етишмовчилиги Наманган вилоятида қайд этилган.

## **ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ**

**Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Усмонов Б.У.**  
**РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

Аҳоли сони 2020-йилда Андижон вилоятида 3 миллион 188 минг, Наманган вилоятида 2 миллион 810 минг, Фарғона вилоятида эса 3 миллион 872 минг кишини ташкил қилди. 2020-йил охирига келиб РИО ва РИАТМ худудий филиалларида 26405 нафар хавфли ўсма билан касалланганлар рўйхатга олинган бўлиб, бу хавфли ўсмалар билан касалланиш даражаси 0,27% ни ташкил этди. Хавфли касалликларнинг тарқалиши Наманган вилоятида анча юқори (0,32% Андижонда 0,21%га нисбатан, Фарғона вилоятида 0,28%,  $p < 0,001$  (1-жадвал).

Ҳисоб-китоб даври (2020-йил) охирида ҚС билан касалланган сони 522 нафар бемор эди (2-расм), бу хавфли ўсма касаллиги бўлган барча беморларнинг 1,98% ини ташкил этди. Умуман олганда, ташхис қўйилган ҚС билан касалланиш 100 000 аҳолига 5,29 кишини ташкил этди. ҚС тарқалиши Фарғона вилоятида сезиларли даражада юқори (2,46% нисбатан Андижонда 1,61% ва Наманган вилоятларида 1,67%,  $p < 0,001$ ).

1-жадвал

РИО ва РИАТМ худудий филиалларида статистик бўлимлари маълумотларига кўра хавфли ўсмалар ва ҚС тарқалиши.

Кўрсаткич.	Андижон вилояти (n=3,188 млн.).	Наманган вилояти (n=2,810 млн.).	Фарғона вилояти (n=3,872 млн.).	hi квадрат.
Хавфли ўсмаларнинг тарқалиши (абсолют сон / %).	6586 (0,21%).	8997 (0,32%).	10822 (0,28%).	756,46, $p < 0,001$ .
ҚС тарқалиши (абсолют сон / 100 000 аҳолига).	106 (3,32).	150 (5,34).	266 (6,87).	41,56, $p < 0,001$ .
Барча хавфли ўс-маларнинг таркибида ҚС улуши (%).	1,61%.	1,67%.	2,46%.	21,31, $p < 0,001$ .

**ҚИЗИЛҮНГАЧ САРАТОНИДА ХАФВ ОМИЛИ БЎЛГАН БАРРЕТ  
ҚИЗИЛҮНГАЧНИНГ СТАТИСТИК ВА ЭНДОСКОПИК МОНИТОРИНГИ**

**Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамарасулова Д.З.  
РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти.**

Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда ҚАКни эрта ва даволаш мумкин бўлган босқичда аниқлаш яхши натижа беради. Скрининг оралиғи дисплазия белгиларининг мавжудлигига ва унинг даражасига боғлиқлиги аниқланди.

Баррет қизилўнгачи билан аниқланган беморларда 3-5 йил оралиғида эндоскопик скрининг ўтказиш тавсия этилади. Беморда дисплазия ўчоқлари ҳаёт учун хавф туғдирмайдиган ҳолатлар мавжуд бўлса, эндоскопик даволаш тавсия этилади. Баррет қизилўнгачи ва тасдиқланган дисплазия бўлган беморларга эндоскопик даволаш ҳам тавсия этилади. Тасдиқланмаган дисплазия ўчоқлари бўлган беморларда камида 3-6 ой давомида антацидлар билан тиббий даволаниш тавсия этилади, сўнгра эндоскопик текширув ўтказилади. Агар такрорий эндоскопияда дисплазиянинг ноаниқ тури тасдиқланса, ҳар 12 ойда мунтазам мониторинг ўтказиш тавсия этилади.

Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда шиллик қават эпителийсидаги диспластик ўзгаришларни аниқлаш учун юқори аниқликдаги ФГДС ёрдам беради.

Сўнгги йилларда саратондан олдинги дисплазияни эрта аниқлаш учун турли хил янги юқори технологияли оптик эндоскопия усули ишлаб чиқилди:, бу усул бўёқдан фойдаланмасдан ўтказилади, иқтисодий эффектга эга ва қизилўнгач шиллик қаватининг эпителиал ва васкуляр шаклини хромозндоскопия билан солиштиришга имкон беради.

Рандомизациялашган назорат остида бўлган текширув шуни кўрсатдики, дисплазия ва қизилўнгач аденокарциномасини ингичка калибрдаги мақсадли биопсия эндоскопияси ёрдамида аниқлаш частотаси биопсия ва юқори аниқликдаги ёруғлик эндоскопияси билан таққосланади, бунда биопсия ўтказиш камроқ бўлади. Бироқ, техниканинг юқори нархи ҳозирги вақтда Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда дисплазия ва ҚАКни мунтазам скрининг қилиш учун тавсия этилишига имкон бермайди. Хромозндоскопия Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда дисплазия ва ҚАК скринингнинг диагностик самарадорлигини яхшилайти ва ҳозирда ушбу ҳолатларда скрининг учун тавсия этилган ягона усулдир.

Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда эндоскопик скрининг дисплазия бўлмаган беморларда 2 см оралиқда ва дисплазия белгилари бўлган беморларда 1 см оралиқда 4 квадрат биопсияни ўз ичига олиши керак. Шунингдек, шиллик қаватнинг яхлитлиги ва тузилишининг бузилиши, масалан, яралар, эрозиялар, бляшка, тугунлар ва бошқа юза нотекисликлари, асосан, шиллик қаватни эндоскопик резекция қилиш усули билан алоҳида танланиши керак. Баррет қизилўнгачини эндоскопик скрининг пайтида дисплазиясини аниқлаш беморларни кейинги даволаш турини белгилайди. Бироқ, тадқиқотчилар ўртасида дисплазияни талқин қилишда, айниқса ноаниқ дисплазияга нисбатан сезиларли фарқ мавжуд. Иккита тадқиқот Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморларда дисплазиянинг гипердиагностикаси мавжудлигини кўрсатди, Шунинг учун янги ташхис қўйилган дисплазия билан оғриган беморларда биоптатларни эксперт томонидан қайта баҳолашни таклиф қилинди. Натижада, ҚАК кўрсатмалари дисплазия ташхисини текшириш учун биопсия намуналарини иккита мустақил патологлар изохлаш зарурлигини тавсия қилади.

Шундай қилиб, ҚАК ва ҚЯҲКнинг олдини олишда биринчи қадам хавф омилларини аниқлаш ва уларни коррекция қилишдир. Иккиламчи профилактика саратондан олдинги ва эрта саратон ўзгаришларини даволаш мумкин бўлган босқичда аниқлашдан иборат. Учинчи даражали профилактика аниқланган саратон олди ва саратон ўчоқларини даволаш учун эндоскопик усуллардан фойдаланишни ва дисплазия ва неоплазиянинг қайталанишини аниқлаш учун кейинги скринингни ўз ичига олади. Ҳозирги вақтда бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактиканинг ягона алгоритми мавжуд эмас. Турли миллий тиббиёт ҳамжамиятлари, миллий тавсияларни шакллантиришда клиник маълумотларга асосланади. Баррет қизилўнгачи билан оғриган беморлар учун қизилўнгач шиллик қавати эпителийсида дисплазия ва неоплазия ривожланишининг медикаментоз воситалар ёрдамида олдини олиш бўйича изланишлар олиб борилмоқда. Дастлабки ташхис ва кузатув учун оптимал скрининг дастури бўйича тадқиқотлар бутун дунё бўйлаб ҳозир ҳам давом этмоқда.

### **ЎЗБЕКИСТОНДА ЭЛЕКТРОН СИГАРЕТАЛАР ВА ТАМАКИНИНГ ҚИЗДИРИШ ТИЗИМЛАРИНИ ЧЕКИШНИ ҚИСҚАРТИРИШДА САМАРАЛИ ЁНДАШУВ**

**Иноятов А.Ш., Шукуров Ш.У., Валиева М.Х., Маманазарова Ф.Х.,  
Юлдашев Р.М.**

**Саломатлик ва стратегик ривожланиш институти**

Дунёнинг аксарият мамлакатларида оддий сигареталар сотиш ҳажми қисқараётганлиги сабабли, тамаки саноати “замонавий” ёки “инновацион” тамаки маҳсулотларини, хусусан, никотин етказиб беришнинг электрон тизимлари (кейинги ўринларда электрон сигареталар) ва тамакини қиздириш тизимлари каби маҳсулотларни ёшлар орасида илгари сурмоқда.

Бутун дунё мамлакатларидаги каби Ўзбекистонда ҳам тамаки маҳсулотларининг “замонавий” ва “инновацион” турлари, хусусан никотин етказиб беришнинг электрон тизимлари (кейинги ўринларда электрон сигареталар) ва тамакини қиздириш тизимлари мамлакатимизга кириб келиши ва аҳоли, айниқса болалар ва ёшлар орасида уларни чекиш кескин кўпаймоқда.

Ўзбекистон Республикасининг “Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилишини ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида”ги 2023 йил 24 майдаги ЎРҚ-844-сон Қонунида ушбу маҳсулотлар айланмасини тартибга солиш кўзда тутилган. Хусусан, истеъмол ўрвларига тиббий огоҳлантириш жойлаштириш, сотилишига қатор чекловлар белгиланган, оммавий ахборот воситалари орқали реклама қилиш ва жамоат жойларда чекиш тақиқланган.

Таҳлилларга кўра, Ўзбекистон Республикасида электрон сигареталарни чекувчи ўсмирлар ва ёшлар салмоғи катта ёшдагиларга нисбатан уч баробар кўп.

Мактабларнинг юқори синф ўқувчилари орасида электрон сигареталарга қизиқиш тез суратларда ортмоқда, хусусан, 26,6 минг ўғил болалар ва 8,6 минг қиз болалар чекишга мойил. 18-29 ёшдаги аҳоли орасида тамакини қиздириш тизимидан фойдаланиш даражаси (252 минг нафар) 30-69 ёшдаги аҳолига (94,2 минг нафар) нисбатан 2,5 баравардан кўп.

Ички ишлар вазирлигининг маълумотларига кўра, мактаб ва жамоат жойларида ўтказилган рейдларда мактаб ўқувчиларининг ёнидан электрон сигареталарни топиш

сони йилдан-йилга тобора ошиб бормоқда: 2019 йилда 6 та ҳолат, 2020 йилда - 27 та, 2021 йилда - 31 та, 2022 йилда - 856 та, 2023 йилда – 1040 та аниқланган.

Электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимларининг замонавий кўриниши, хушбўй ҳид ва хушбўй таъм бериши, оммавий ахборот воситалари орқали билвосита реклама қилиниши, сотув жойларида сотувни рағбатлантиришга қаратилган ҳатти-ҳаракатлар, уларни чекишни тарғиб қилиш, татиб кўриш учун текин тарқатиш ёшларни ушбу маҳсулотларга қизиқишини орттиради ва чекишга ундайди. Шу тариқа ёшлар орасида “замонавий” тамаки маҳсулотларини чекиш жадал оммалашмоқда.

Ушбу салбий тенденциялар тамаки саноати маркетинг стратегиясининг асосий мақсади бўлиб, бундай маҳсулотларни “хавфсиз, зарари кам, хушбўй, одатий сигарета чекишни ташлашга ёрдам беради” каби ёлғон маълумотлари эвазига хорижда оммалашаётган “субмаданият”ни аҳолига, энг аввало ёшларимизга сингдиришга қаратилган таҳдидир.

Тамаки компаниялари охириги йилларда Интернетдаги рекламаларга ажратилган бюджетни 12-15 бараварга оширган, АҚШ ва Канадада ушбу мақсадларда йилига 2 млн. доллар сарфланмоқда.

Агар зарур чоралар кўрилмаса, келгусида ёш авлоднинг ҳар бешинчиси (20 фоиз) никотинга қарамликдан азият чекади.

Дунё мамлакатларида электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимлари айланмасини тартибга солишда ҳукукий жиҳатдан турли ёндашилади. Бунинг натижасини қуйидаги давлатлар мисолида кўриш мумкин.

Бразилияда электрон сигареталар сотиш қонун билан тақиқланган. Жанубий Кореяда электрон сигареталар сотишга қонунчиликда рухсат берилган бўлиб, тамаки маҳсулотларига белгиланган чекловлар электрон сигареталарга ҳам таллуқли. Буюк Британия қонунчилигида электрон сигареталар истеъмол маҳсулоти сифатида тавсифланади. Одатий сигарета чекувчиларга чекишни ташлашлари учун электрон сигареталар чекиш тавсия этилади.

Бунинг натижасида, катта ёшдаги (18 ва ундан катта ёшдагилар) электрон сигареталарни ҳар куни чекадиган аҳоли улуши Бразилияда 0,4 фоизни, Жанубий Кореяда 2,8 фоизни ва Буюк Британия 9,4 фоизни ташкил этган.

Демак, электрон сигареталар айланмасини қатъий тартибга солиш уларни юмшоқроқ тартибга солишга қараганда анча самарали ҳисобланади.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг Тамакига қарши курашиш бўйича Ҳадли конвенцияси Саккизинчи конференциясининг (FCTC/COP8 (22)) қарорида, мамлакатлар тамаки ва никотин маҳсулотларининг янги турларини (электрон сигареталар, тамакини қиздириш тизимлари каби) истеъмол қилинишини бошлашнинг олдини олишлари, яъни янги эпидемияни “куртаклигида” бартараф этишлари зарурлиги кўрсатилган.

Дунёнинг 88 та мамлакатида электрон сигареталарнинг айланмаси тартибга солинган, 34 тасида айланмаси тақиқланган, шу жумладан Аргентина, Бразилия, Корея Халқ Демократик Республикаси, Ҳиндистон, Эрон, Ироқ, Норвегия, Сингапур, Туркия, Туркманистон. Жорий 2024 йилнинг март ойида Қозоғистонда ҳам электрон сигареталарнинг айланмасини тақиқлаш бўйича қонун лойиҳасини Парламент депутатлари маъқулладилар.

Айни вақтда она-табиатимизга қўшимча таҳдидлари туфайли Франция, Бельгия, Буюк Британия, Ирландия, Германия каби Европа мамлакатлари электрон сигареталарни тақиқлаш масаласини кўриб чиқмоқдалар. Германияда жамоатчилик мамлакат ҳукуматини ушбу маҳсулотларни бутун Европа Иттифоқи бўйлаб тақиқлашга ундамоқдалар.

Дунёнинг 19 та мамлакатада тамакини қиздириш тизимларининг айланмаси тақиқланган, шу жумладан Австралия, Бразилия, Корея Халқ Демократик Республикаси, Ҳиндистон, Эрон, Мексика, Сингапур, Туркия, Қатар.

Жаҳон тажрибасидан келиб чиққан ҳолда Ўзбекистонда ҳам электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимларини Ўзбекистонга олиб кириш, сотиш ва ишлаб чиқаришни тақиқлаш керак. Чунки бундай ёндашувни мамлакатимиз аҳолиси, айниқса болалар ва ўсмирларни, миллат генофондини, она-табиатимизни ушбу махсулотлардан ҳимоя қилишнинг энг самарали йўлларида биридир.

## **БОЛАЛАР ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИЧАКЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ВАҚТНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Исаков Нуриддин Зухриддинович**  
**Андижон давлат тиббиёт институти**

**Мавзунинг долзарблиги:** Йўғон ичак ва ингичка ичак жароҳатлари ҳар доим ҳам замонавий диагностика ва даволаш усуллари талаб қиладиган замонавий шошилиш жарроҳликнинг долзарб муаммосидир. Бугунги кунда диагностика ва даволаш усуллари фойдаланиш учун кенг доирада ишлаб чиқилиб, тадбиқ қилинганлигига қарамай, бундай беморлар клиник маълумотларнинг ноаниқлиги сабабли кўпроқ эътибор талаб қилмоқда. Бу муаммоларни бартараф этишда тиббиёт ходимларининг шахсий тажрибаси ва профессионалиги муҳим рол ўйнайди.

Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати натижасида содир бўлган ўлимнинг асосий сабабларидан бири ингичка ичакни шикастлаш билан перитонит ва қон йўқотишдир. Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан ингичка ичакнинг шикастланиши ҳар хил хусусиятга эга бўлиши мумкин: жарроҳлик даволаниши талаб қилмайдиган ичакнинг шикастланишлари -кўкарган ёки майда гематомасидан тортиб то шикастланган соҳани хаёт фаолияти тўлиқ бузулганлиги оқибатида кесиб олиб ташлаш даражасида намоён бўлиши мумкин.

**Тадқоқод мақсади:** Болаларда қорин бўшлиғи шикастланишларида ингичка ичак ва йўғон ичак жароҳатини ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқоқод материаллари ва текшириш усуллари: 2018 йилдан 2023 йилгача РШТЁИМ АФ шифохонасининг болалар жарроҳлик бўлимида даволанган йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари бўлган 45 беморни даволаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг ёши – 3-18 ёш. Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати ёки қорин олд девори шикастланган беморларни қабул қилишда стандарт физик ва лаборатория текшируви ўтказилди, гемодинамик барқарорлик баҳоланди ва зарур ҳолларда диагностика лапароскопия ўтказилди.

**Тадқиқод натижалар:** Қон йўқотиш ҳажми тахминан ўртача  $220 \pm 105$  мл ни ташкил этди. Жарроҳликнинг ўртача давомийлиги 42 минут. Реаниматсияда бўлиш муддати 1-20 кун. Ичакларнинг шикастланишлари орасида ичак перфорацияси 6 та, сероз қаватнинг шикастланиши 27 та, 13 та трансмурал, 7 та тутқич ва деваскуляризация, 3 та йўғон ичак. Шикастланишлари орасида органларнинг қушма жароҳатланишлари ҳам мавжуд.

Дастлабки 6 соат ичида 22 бемор оператсия қилинди, биринчи кунида 11 бемор, қабул қилинган кундан бир кундан кўпроқ вақт ичида - 3 нафар бемор оператив даволанган, 9 нафар бемор динамик кузатувда консерватив даволанган. Беморлар ҳолатининг оғирлашиш сабаблари орасида геморрагик шок ва унинг оқибатлари,

миянинг жиддий травматик шикастланиши асосий ахамиятга эга булди. Ташхисий лапароскопия 23 нафар беморда, 27 нафар беморда лапаротомия, 3 нафар беморда ичакни резекция қилиш, 3 нафарда стома чиқариш жаррохлик амалиётлари ўтказилган.

Оператсиядан сўнг консерватив даво олган беморлар шифохонада 7–38 кун давомида кузатилган. Қорин бўшлиғи патологияси бўйича такрорий оператсиялар 3 беморда ўтказилди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш орқали қорин бўшлиғидаги шикастланишлар орасида ковак органларнинг шикастланишларини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш мураккаб шу боис ўзига хос ёндашув талаб этади деган хулосага келишга имкон беради.

## ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИДА БИОФИЗИКА ФАНИНИ ЎҚИТИШ МЕТОДИКАСИ

**Исманова Арофат Абдулхамидовна**  
**Андижон давлат тиббиёт институти**

**Тадқиқот мақсади:** Жаҳон таълим муассасаларида замонавий педагогик технологиялар асосида фанларни ўқитиш методикасини такомиллаштириш моделлари амалиётга тадбиқ этилмоқда. Халқаро ташкилотлар томонидан яратилган 2030-йилгача ривожлантириш таълим концепсиясида “билимнинг пойдеворига эга бўлиш, креатив ва танқидий фикрлашни ривожлантириш, талабаларда ҳамкорлик қобилиятлари ва билишга қизиқишни замонавий технологиялар асосида ривожлантириш” асосида биофизика фани ўқитиш методикасини такомиллаштириш, фанлараро интегратив ёндашув механизмларини ривожлантириш, талабалар ижодий тафаккурини ривожлантиришда замонавий таълим технологияларидан фойдаланиш имкониятларини аниқлаш, рақобатбардош мутахассисларга бўлган эҳтиёжини таъминлаш механизмларини такомиллаштиришга қаратилган амалий лойиҳаларни қўллаш бўйича тизимли ишлар олиб борилмоқда.

Президентимиз Шавкат Мирзиёев 2021 йил 1 октябрь –Ўқитувчи ва мураббийлар кунига бағишланган тантанали маросимда сўзлаган нутқида: “Тараққиётнинг тамал тоши ҳам, мамлакатни қудратли, миллатни буюк қиладиган куч ҳам бу – илм-фан, таълим ва тарбиядир. Эртанги кунимиз, Ватанимизнинг ёруғ истиқболи, биринчи навбатда, таълим тизими ва фарзандларимизга бераётган тарбиямиз билан чамбарчас боғлиқ”– деб таъкидлаб ўтгани бежиз эмас. Олий таълим муассасалари талабаларининг креатив қобилиятини замонавий таълим технологиялари асосида ўстириш ва тафаккурини ривожлантириш жараёнини модернизациялаш шароитида инновацион фаолият муҳитини амалга ошириш механизми ва ташкил этишнинг истиқболли технологияси, замонавий ахборот-коммуникация технологияларидан фойдаланиш, инновацион жараённинг муваффақиятли бориши ўқитувчиларнинг фаолиятларни креатив ёндашув асосида ташкил этишга бевосита боғлиқ.

**Тадқиқот материал ва усуллари:** Биофизика фани бошқа фанлардан тубдан фарқ қилиб, у бир нечта: биология, кимё, физика, информатика ва математика каби умумтаълим фанларнинг хосиласидан иборатдир. Биофизика–тирик материя асосидаги физика ҳақидаги фандир. У физика ва биология фанлари чегарасида бўлиб, тирик системалар тузилиши ва функциясини ўрганишда физикавий, кимёвий ва математикавий усуллардан фойдаланади. Биофизика—фани бу биологик тизимларда

кечадиган ва улар фаолияти асосида ётувчи физикавий ҳамда физик-кимёвий-биологик жараёнларни тадқиқ этувчи фандир. Биофизика фанининг мақсади-тирик хужайрани молекуляр даражада ўрганиб, умумий биологик муаммоларни макромолекулалар ва хужайра асосида мантиқан ечимини тафаккур қила олишни талаб қилади. Кўрсатилган мантиқ асосида мазкур соҳа, биология бир бутун фан эканлигини, ҳар хил жонзотлардаги биофизикавий жараёнлар бир хил содир бўлишини исботловчи физик-кимёвий йўналиш эканлигини тушунтиришдан иборат. Демак, биофизика фани организмда кечадиган биологик муаммоларни мантиқий фикрлаш, ижодкорлик, янги ғоялар яратиш асосида ечим топиш экан, шундан келиб чиқиб, биофизика фанини замоанвий таълим технологиялари асосида ўқитиш зарурати туғилади.

Креативлик инглизча “create” сўздан олинган бўлиб, “яратиш”, “ижодий фикрлаш”, “тафаккур қилиш” маъноларини билдиради. Креативлик деганда инсоннинг янгилик яратиш, муаммоларни ечишга қаратилган ижодий қобилияти тушунилади. Биофизика фани ўқитишда талабалардан ушбу сифатлар талаб қилинади. Демак, талабаларга биофизика фанини ўқитишда креатив ёндашув зарурат экан. Ижодий қобилият креатив фикрлаш натижасида ҳосил бўлади. Креатив фикрлашда муаммолар ва вазифаларнинг янгича нуқтаи назардан ноодатий ечимларга ижодий ёндашилади. Олий таълим муассасаларида ўқитувчи-профессорлар талабаларга билим беришда айнан креативлик қобилияти ёки креатив компетенцияси етишмаслиги натижасида бир қанча муаммоли вазиятларга дуч келишади. Сабаби ўқитувчи биофизика фани бўйича кучли ва мустаҳкам билимга эга бўлиши мумкин, лекин ўзидаги мавжуд билимларни талабаларга етказиб бериш қобилияти, яъни креативлик етишмаслиги ёки ривожланмаганлиги учун таълим сифатига эриша олинмаётганлиги бир қанча тадқиқотчилар томонидан тадқиқ қилинган.

**Тадқиқот натижалари:** Ҳозирда таълим методларини такомиллаштириш соҳасидаги асосий йўналишлардан бири интерфаол таълим – тарбия усулларини жорий қилишдан иборат. Интерфаол усулларни қўллаш натижасида ўқувчиларнинг мустақил фикрлаш, таҳлил қилиш, хулосалар чиқариш, ўз фикрини баён қилиш, уни асослаган ҳолда ҳимоя қила билиш, соғлом мулоқот, мунозара, баҳс олиб бориш кўникмалари шаклланиб, ривожланиб боради. Биофизика фанини креатив ёндашув асосида ўқитиш методикасини такомиллаштиришда биз интерфаол таълим методларидан-фанлараро интеграцияга асосланган усуллардан фойдаландик. Чунки бу усулда талабаларни фаоллаштирувчи ва мустақил фикрлашга ундовчи, таълим олувчиларда ижодкорлик қобилиятларини шакллантирувчи, таълим жараёнининг марказида таълим олувчи бўлишига эришилади. Бу методлар қўлланилганда таълим берувчи таълим олувчини фаол иштирок этишга чорлайди. Талаба бутун жараён давомида иштирок этади. Яна бу методда талабалар физика, математика, кимё ва биология фанларидан олган билимларини креативлик, яъни ижодкорлик асосида бир бирига боғлаб, фанни ўзлаштира олиши енгиллашади.

Биз тадқиқотимизда шундай усулларидан Блум таксономиясидан фойдаланиб, такомиллаштирдик. Блум таксономияси интерфаол методи асосан интегратив таълим технологиялари асосида биофизика фанини ўқитиш самарадорлигини оширишда қўлланилади. Яна тадқиқотимизда “КВАРТЕТ БЛОК” интеграллашган таълим методидан ҳам фойдаланиб, такомиллаштирдик. Фанлараро интеграцияга асосланган “Квартет-блок” методи (физика, математика, биология, педагогика)-бу французча атама бўлиб, quatuor, quartus – тўртлик деган маънони англатади. Бу атама кўпроқ мусиқа ва санъат соҳасида ишлатиладиган бўлиб, тўрт овоз ёки асбоб учун ёзилган композицияни англатади. Мусиқа оханграбо чиқиши учун битта куй ёки қўшиққа ёзилган композицияни бир вақтни ўзида тўрт хил мусиқа асбоби ижро қилади. Бу эса

бир-бирини тўлдириш, ҳамкорликда ишлаш, бирини бири кучайтириш асосидаги меҳнат маҳсули бўлиб, тингловчига ранг баранг оҳанграбо мусиқа тинглаш хиссини беради. Биз ҳам тадқиқотимиз доирасида биофизика фани физика, математика, биология, кимё фанларининг хосиласидан ташкил топганини хисобга олган ҳолда шу квартет-блок методини қўлладик. Блок сўзини киритганимизнинг маъноси бу ерда ҳамкорликда битта мақсад сари интилиш, ҳамкорликда ишлаш, фанлараро интеграция, тўртта фан бир-бирини тўлдириб, бир-бирини кучайтириб, ҳамкорликда битта биофизика фанини ўқитилишини кучайтириб бериши назарда тутилган.

**Хулоса:** Тиббиёт олий таълим муассасаларида тиббиёт фанларидан биофизика фанини ўқитишда замонавий педагогик технологиялар асосида инновацион таълим технологияларидан фойдаланган ҳолда дарс машғулотларини олиб бориш юқори самарадорликка эришишни таъминлар экан.

## **ҲАРБИЙЛАРДА СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ**

**Косимов С.С., Мамасолиев Н.С., Жакбарова М.А., Жўраева М.А.,  
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Дунё буйича СЎОК ўлимнинг асосий сабаблари орасида учинчи ўринни эгаллайди ва 2018 йилда адабиётлардаги маълумотларга кўра, 3,23 миллион инсон ушбу касаллик туфайли вафот этган. Ўлганларнинг 80% 70 ёшгача бўлган инсонлар бўлиб, улар паст ва ўртача даромад даражага эга давларда кузатилган. БМТ маълумоти бўйича, касалланишлар бўйича СЎОК еттинчи ўринда туради. Лекин, эътибор бериш жоизки юқори даромадли давлатларда 70% СЎОК билан касалланишни сигарет чекиш билан боғлайди. Паст ва ўрача даромадли давлатларда сигарет чекиш туфайли кузатилган СЎОК 30–40% ҳолатда кузатилади, уларда етакчи хавф омил бу ички ҳавони ифлосланиши ҳисобланади. Ҳарбийларда нафас аъзолари касалликларида асосий хавф омиллардан бири бу чекиш ва атроф муҳитни ҳолати асосий ўрин эгаллаши муаммони ўрганишда муҳим ҳисобланади.

Изланишлар турли мамлакатларда ўтказилган, турли услублардан фойдаланганлиги сабаб маълумотлар турли бўлган. Кўп ишларда устувор ўрин чекишга ажратилган (Казанцев В.А., 2010; Убайдуллаев А.М., 2011).

Чекиш йилига беш миллиондан ортиқ инсон ўлдиради ва ката ёшдаги инсонларни ўлим кўрсаткичини дунё бўйича 10% ташкил этади (Laniado-Laborin R., 2009). Доимий чекувчилар орасида сурункали бронхит 1,5 баробар ортиши кузатилган ва кунига чекилган сигарет сонига боғлиқ. (Hukkinen M., 2009). Чекиш 80- 90% ҳолатда СЎОК хавф омили сифатида ҳисоблашган (Цветкова О., 2006; Авдеев С.Н., 2010), баъзилари профессионал касалликларга тенглаштирилган (Мазитова Н.Н., 2010). Чекиш ва ишлаб чиқариш поллютантларини биргаликдаги таъсири СЎОК хавф омиллари ҳисобланиб кечишини оғирлаштиради (Бурганова М.Р., 2010; Капустник В.А., 2011).

Россия Федерациясида нафас аъзолари касалликлари ўрганилганда СЎОК биринчи ўрини эгаллаган (55%); кегин бронхиал астма (19%) ва зотилжам (14%). 45 ёшдан катталар орасида СЎОК ўлим кўрсаткичи 4 ўринни эгаллаган ва йилдан йилга ортиб борган. [Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И., Хмелькова Н.Г., Цой А.Н., Чучалин А.Г., Шмелев Е.И. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. РМЖ. 2001;1:9.].

Сурункали ўпкани обструктив касаллигига ҳамроҳ касалликлар таъсирида ўрганилган (Nici L., 2012). Шу қаторда, сурункали ўпка касалликлар билан юрак қон

томир хасталликлари билан боғлиқлик ҳам ўрганилган (Игнатова Г.Л., 2007; Чучалин А.Г., 2008; Задионченко В.С., 2009; Горелик И.Л., 2010; Сосновских И.В., 2012; Panev N.I. 2009; Don D. Sin, 2012), қандли диабет билан (Волчегорский И.А., 2003; Шойхет Я.Н., 2008; Кобылянский В.И., 2009; Терещенко Ю.А., 2010), гастрозофагеал рефлюкс касаллиги билан (Шаверская Э.Ш., 2011), мия ишемияси билан (Соодаева С.К. и др., 2011), сийдик ажратиш тизими билан (Шойхет Я.Н., 2008), сил ва ОИВ инфекцияси билан (van Zyl Smit R.N. et al, 2010), депрессия билан (Nanania N.A., 2011). Лекин, контингент орасида ҳарбийлар кам ўрганилган бўлиб, улар орасида шифохонадан ташқари зотилжам чўзилиб кетиши, ўпка обструктив касаллиги, сурункали бронхит ва бронхиал астманинг кечиши, уларнинг хавф омилларини аниқлаш ва ўрганиш, касалликни даволаш ва профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш замонавий тиббиётда долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Изланиш мақсади қуйидагича: Марказий ҳарбий клиник госпиталда даволанган беморларда нафас аъзолари касалликларининг структураси, клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш ва профилактика чора тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг объекти: 18 ёшдан 70 ёшгача бўлган 160 нафар эркак Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали ички касалликлар бўлимида даволанган муддатли ҳарбий хизматчилар, шартнома асосидаги ҳарбий хизматчилар, зобитлар ва заҳирага чиқарилган ҳарбий хизматчиларда сурункали ўпка касалликларининг структураси, клиник кечиш хусусиятлари ретроспектив ва проспектив ўрганилди ва 2023 йилда даволанганлар 4 гуруҳга ажратилди: 1- гуруҳ янги чақирилганлар-40 киши, 2 -гуруҳ зобитлар-40 киши, 3 -гуруҳ офицерлар-40 киши, 4 -гуруҳ пенсиядагилар-40 киши, улар орасида асосий бронхопультмонар касалликлари (шифохонадан ташқари зотилжам, СЎОК, сурункали бронхит, бронхиал астма) клиник кечиши ва унга чекишнинг таъсири ўрганилди.

СЎОК касалликларининг ҳарбий хизматчиларни таркибий қисмларини инобатга олган ҳолда хавф омиллари ва унинг сабабларини аниқланилди.

СЎОК касалликларининг ҳарбий хизматчилар таркибий қисмларини инобатга олган ҳолда профилактика тадбирлари такомиллаштирилди.

## **ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ЎПКА СИЛИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ**

**Кучкорова М.Ф., Мамасолиев Н.С., Розиков М.М., Мамасолиев З.Н.  
РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади: Фарғона водийси шароитида қандли диабет ва ўпка сили билан касалланган аҳоли орасида сийдик ажратиш тизими касалликларини ўрганиш. (Андижон вилояти фтизиатрия диспанцери мисолида)

**Текширув материаллари ва усуллари:** махсус 3 йиллик эпидемиологик ва клиник-метеорологик текширувда 600 нафар қандли диабет билан касалланган ўпка сили билан хасталанган беморлар ўрганилди. Беморларда эпидемиологик, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик ва статистик текширув усулларидадан фойдаланилди

**Натижалар ва хулосалар:** ҚД2ЎСқнинг сийдик ажратиш тизими касалликлари (САТК) томонидан клиник кўринишлари қуйидаги ифодаланиш ва частоталарда аниқланди: «Ёмон натижали пешоб таҳлили» - 75,0% (эркакларда – 71,6% ва аёлларда – 26,3%), «Бел оғриғи» - 51,8% (эркакларда – 51,8% ва аёлларда – 19,1%), «Дизурия» -

40,0% (эркакларда – 42,4% ва аёлларда – 15,6%), «Шишлар» - 32,3% (эркакларда – 35,1% ва аёлларда – 12,9%), «сўнгги йилларда юзага келган АГ» - 20,0% (эркакларда – 24,4% ва аёлларда – 8,9%), «АГ аввалги йилларда» - 14,0% (эркакларда – 17,1% ва аёлларда – 6,3%), «Диспансер назоратида туриш» - 9,5% (эркакларда – 11,3% ва аёлларда – 4,1%), «САТ касаллигининг мавжудлиги» - 23,3% (эркакларда – 22,0% ва аёлларда – 8,1%).

ҚД2ЎСКЇ да, юқоридагилардан фарқли ўлароқ, САТК симптомлари кўшилиб келган ҳолда куйидаги частоталарда тасдиқланди: «Ёмон натижали пешоб таҳлили» - 39,0% (эркакларда – 28,6% ва аёлларда – 52,3%), «Бел оғриғи» - 14,0% (эркакларда – 12,5% ва аёлларда – 15,9%), «Дизурия» - 8,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 11,4%), «Шишлар» - 7,0% (эркакларда – 7,1% ва аёлларда – 6,8%), «АГ охириги йилда» - 6,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 6,8%), «АГ аввалги йилларда» - 10,0% (эркакларда – 87,1% ва аёлларда – 13,6%), «Диспансер назоратида туриш» - 5,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 4,5%), «САТК касаллигининг мавжудлиги» - 6,0% (эркакларда – 8,9% ва аёлларда – 2,3%).

7 турдаги сийдик ажратиш тизими патологиясига хос 8 та клиник-функционал ўзгаришлар тасдиқланади энг юқори частоталарда ёмон пешоб таҳлили (75,0 %), бел оғриғи (51,8 %) ва дизурия (40,0%) кузатилади.

### **ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ОРАСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ ҚЎШИЛИБ КЕЛИШИДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Кучкорова М.Ф., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Розиков М.М.  
РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти.**

**Ишнинг максоди:** Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силинини кечишида ёндош касалликлар ва хавф омилларини тарқалиши хусусиятлари ўрганиш. (Андижон вилояти фтизиатрия диспансери мисолида).

**Текширув материаллари ва усуллари:** махсус 3 йиллик эпидемиологик ва клинко-метеорологик текширувда 600 нафар қандли диабет билан касалланган ўпка сили билан хасталанган беморлар ўрганилди. Беморларда эпидемиологик, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик ва статистик текширув усулларидадан фойдаланилди. Текширув Андижон вилояти фтизиатрия маркази материаллари буйича таҳлил қилиниб ўрганилди.

Натижалар ва хулосалар: Ўпка сили аниқланган қандли диабетли аҳоли орасида 10та хавф омили ҚД2 ЎСқ беморлар популяциясида ушбу патологиялар ва ҳолатлар куйидагича тарқалиш частотасида аниқланади: ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК)  $\geq 16-90$  ёшли умумий беморлар популяциясида - 29,7%, ўткир пневмония (ЎП) – 2,5%, сурункали пневмония – 2,8%, ўткир бронхит – 1,8%, сурункали бронхит – 12,8% , бошқа касалликлар – 59,5%, сурункали Лор – касалликлар (СЛОПК) – 8,0%, ЎРВИ (йилда бир марта) – 14,5%, ЎРВИ (йилда бир мартадан кўп) – 75,8%, торвоқ – 4,7%, экзема – 16,8%, овқат аллергияси – 2,8%, ОИТ – 7,0%, ўпкадан ташқари сил (ЎТС) – 1,0%, даврий касалликнинг кўзиши (ДКК) – 9,3%, олдинги даврдан ажралиш (ОДА) – 13,5%, қариндош уруғларда ОИТ (КУОИТ) – 6,3%, қариндош уруғларда ўпка касалликлари (ҚУЎК) – 5,3%, қариндош уруғларда аллергия касалликлар (ҚУАК) – 4,5% тарқалиши аниқланди.

Ёндош касалликлар ва ҳолатлар, хавф омиллари сезиларли фарқ билан нисбатан юқори частоталарда ҚД2 ЎСқ ли популяцияда қайд қилинди.

## **АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ТУРЛИ АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА КУЧАЙТИРИШ ЖИҲАТЛАРИ**

**Қаландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Усмонов Б.У.**

**РШТЁИМ**

**Андижон давлат тиббиёт институти.**

**Масаланинг долзарблиги:** Артериал гипертензия (АГ) профилактикасининг турли аҳоли гуруҳларида кучайтириш замонавий фан учун ўткир эҳтиёж ва зарурият ҳисобланади. Чунки у – ҳаётга потенциал хавф солувчи кўп омилли касаллик бўлиб, аҳоли орасида кардиоваскуляр континуум кўпайишига «соқов қотил» сифатида патоген таъсир кўрсатади. Ҳар йили 7,5 миллион дунёдаги ўлим АГ билан боғланган, 50% беморлар даволанишнинг биринчи йилидаёқ дори қабул қилишни тўхтатишади.

**Тадқиқотнинг мақсади:** фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида енгил (ЕАГ), ўртача оғир (ЎОАГ) ва оғир артериал гипертензияни (ОАГ) тарқалиши жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди. Шу боис мазкур йўналишда замонавий популяцияда илмий тадқиқотларни бажариш назарий ва амалий аҳамият касб этади.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди:  $\geq 18 - 70$  ёшли аёллар 1113 нафар (50,5%) ва эркеклар 1069 нафар (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. АГнинг енгил, ўрта оғир ва оғир шакллари Фб ШПда алоҳида ажратириб ўрганилди ҳамда баҳоланди. Уларнинг аниқланиш частоталари  $\geq 18-70$  ёшлиларда қуйидаги кўрсаткичлар билан тасдиқланди: ЕАГ - 5,6% (эркекларда - 6,6 ва аёлларда - 4,6%), ЎОАГ - 6,2% (эркекларда - 6,2% ва аёлларда - 6,3%), ва ОАГ - 0,7% (эркекларда - 1,0% ва аёлларда - 0,4%), ОАГ ЭНГ юқори кўрсаткич билан (1,3%) 50-69 ёшлиларда кузатилади.

Бундай хусусият аҳолининг жисмоний фаоллигини юқори суръатда сақланиши билан тушунтирилиши мумкин. Чунончи, АҚШда 6,5 йил мобайнида олиб борилган кузатувда тасдиқланишича, жисмоний фаолликнинг юқори суръатда сақланиши ирсий омил ҳамда патогенетик таъсирни маълум даражада «бекор қилади» ["Дарё" маълумоти, 2022]. Иккинчидан, овқатланиш тарзининг ҳам бу аҳолида ўзига хослиги (мева - сабзавот, сут - қатик маҳсулотларини нисбатан кўпроқ истеъмол қилиниши) уларни АГдан "сақловчи омил" бўлиши мумкинлигини айтиб ўтиш.

**Хулоса:** Ўзбекистон ҳудудларида АГ ва унинг хатар омиллари профилини баҳолаш имкониятини берувчи эпидемиологик тадқиқотлар илмий тайёргарликни, тадқиқотчиларни тайёрлаш, репрезентатив танловни шакллантириш ва мажбурий жалб қилишни таъминлаб бериш ва методологияга қатъий риоя қилган ҳолда текширув ўтказишни талаб қилади. Фақат у ҳолда, АГ частотаси ва унинг хатар омилларини ҳақиқий баҳолаш имконини беради.

## ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА НЕФРОЛИТИАЗ КЛИНИК КЕЧИШ ЖИҲАТЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ

Қурбонова Р.Р., Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А.  
РШТЁИМ

Андижон давлаб тиббиёт институти

**Тадқиқот мақсади:** қишлоқ шароитида фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолида нефроуролитианинг клиник кечиши жиҳатларини эпидемиологик тавсифини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Эпидемиологик тадқиқотда нефролитиазнинг асосий симптомларини аниқланиш частотаси 549 та фермер аҳоли популяциясида ўрганилди. Эпидемиологик, клиник, биокимёвий ва инструментал текширув усуллари қўлланилди.

**Натижалар ва хулосалар:** Нефролитиазнинг асосий симптомлари фермерлар популяциясида тарқалиш частотаси бўйича учта гуруҳга бўлинади: “ўта юқори тарқалиш билан учрайдиган”, “ўртача тарқалиш частотаси” билан учрайдиган симптомлар ва “ишончли тафовут билан кам учрайдиган симптомлар”. Биринчи гуруҳ симптомларга қуйидагилар киритилади, яъни улар юқори частоталар билан қайд қилинади: дизурия – 78,7%, бош айланиши – 65,7% ва бел соҳасида оғриқни жойлашуви – 64,2%.

Иккинчи гуруҳ симптомлари ва уларни қайд қилиниши даражаси қуйидагича кузатилади: бел соҳаси пальпациясида оғриқнинг кучайиши – 48,2%, обморок – 38,8%, алигоанурия – 21,8% ва диспептик симптомлар – 15,1%. Учтинчи гуруҳ симптомлари 4 та бўлиб қуйидаги тарқалиш частоталарда тарқалиш билан тасдиқланишади: брадикардия – 5,0%, гематурия – 9,8%, ўта кучли оғриқ – 8,1% ва қўққис буйрак санчиғи – 8,8%.

Ушбу симптомлар гендер – ёшли хусусиятларга эга бўлишади, коморбидлик фониди кучаяди ва бундай авжланиш коморбидлик сабаб бўлиб 12,8 баробарга ортади.

## УМУРТҚА ПОҒОНА БЕЛ СОҲАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Мамажанов Б.С., Худайбердиев Қ.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М.  
Андижон давлат тиббиёт институти

Умуртқа поғонаси бел қисмининг дегенератив ўзгаришлари, у билан боғлиқ бўлган оғриқлар ва асаб тизимидаги ўзгаришлар замонавий тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу меҳнатга лаёқатли бўлган беморлар сонининг катталиғи, консерватив даво муолажаларининг самарадорлигини пастлиғи, жарроҳликдан кейинги оғриқларнинг қайталаниши билан ифодаланади.

**Тадқиқот мақсади:** Ўтказилган ташриҳлар давомида олинган макропрепаратлар (остеофитлар, бойламлар, фиброз ҳалқа ва диск чурраси) ўзгаришлари гистопатоморфологиясини ўрганиб чиқиш.

**Материал ва текшириш усуллари:** Жарроҳлик амалиёти ўтказилган умуртқалараро диск чурраси бўлган беморларнинг асосий клиник белгиси илдизли синдром бўлган. Оғриқлар интензивлиғи визуал-аналог шкала (VAS-100%) бўйича баҳоланган. Беморлар операциядан олдинги текширув даврида МРТ ва МСКТ текширувларидан ўтказилган. Текширилган беморларнинг 21 нафариди диск чурраси

L4-L5, 17 нафарида L5-S1, 7 нафарида L3-L4 ва 2 нафарида L1-L2 соҳаларида жойлашгани аниқланган. Протрузияларнинг ҳажми 4 мм дан 7 ммгача ва чурраларнинг ҳажми 9 мм дан 12 ммгача. Жойлашган томонлари бўйича ўнг томонлама 15 нафар беморда бўлган бўлса, чап томонлама жойлашув 21 нафар беморда кузатилган.

Ўрнатилган ташхисга асосланган ҳолда ўтказилган операциялар 3 турга бўлинган: а) аркотомия, лигаментэктомия, дискэктомия; б) гемиламинэктомия, лигаментэктомия, фасетэктомия, дискэктомия; в) кенгайтирилган ламинэктомия, лигаментэктомия, дискэктомия, фораминотомия, радикулолиз.

**Тадқиқот натижалари:** Умуртқа поғонасидан олинган тоғайли дискнинг топографияси ва морфологияси касаллар ёшига қараб ўрганиб чиқилди. Беморларни ёши ўсиб бориши билан тоғайли дискга тушган юклама ортиши, гормонал ўзгаришларни келтириб чиқарувчи жараёнларнинг пайдо бўлиши ва тўқималарда дегенератив ўзгаришлар ривожланиши ҳисобига меъёрий морфологик ҳолатнинг бузилишига олиб келади. Бу жараёнлар натижасида умуртқа тоғайли дискида турли патоморфологик ўзгаришлар ҳосил бўлади. Мазкур ўрганилган маълумотларга таяниб шуни айтиш мумкинки, умуртқа поғонаси чуррасининг патоморфологик асосларини яратиш, инсон саломатлигини тиклашда илмий асос бўлиб хизмат қилади.

**Хулосалар:** Олиб борилган илмий тадқиқот хулосалари шуни кўрсатдики, беморларнинг касаллик даражаларини ўрганишда ва тўғри ташхис қўйишда патоморфологик ўзгаришларни ёшига, турмуш тарзи ва иш фаолиятига индивидуал ёндашиб аниқлаш кераклигини белгилаб берди. Умуртқа поғонаси чурраси учраш даражасининг кўпайиб боришига инсонлар функционал ҳаёт шароитларининг кейинги 10 йилликда ўсиб бораётганлиги, яъни керакли даражадаги ҳаракатланиш камайиб бориши ва кекса ёшлардаги камҳаракатлиликлардир. Буларнинг ҳаммаси тоғайли диск фаолиятига, яъни озикланишига путур етказиб касалликлар авж олишига олиб келмоқда.

Биз ўрганиб чиққан тоғайли дискнинг клиник морфологик ўзгаришлари, умуртқанинг турли поғоналарида ҳар хил бўлиши, бу кучланишлар натижасида патоморфологияси меъёрдан ўзгарган бўлишини билдик, ва шу билан биргаликда ёш ўсиб бориши дискнинг қайтмас патологик ўзгаришларга олиб келишини аниқладик.

Умуртқа поғона бел соҳаси протрузияси ва чуррасидаги патоморфологик ўзгаришларни тўлиқ ўрганиб борилиши, клиницистлар учун касаллик келиб чиқиш сабабларини аниқлаш, тўғри таҳлил қилиш ва даволаш алгоритмини тўғри танланилишига олиб келади.

## ГЕРОНТОЛОГИЯДА ГИПЕРТЕНЗИВ КРИЗЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

**Мамажонов Б.С. Пулатов Ф.М. Махмудов Н.И.  
РШТЁИМ Фарғона филиали**

Изоляцияланган систолик артериал гипертензия (ИСАГ) бутун жаҳон соғлиқни саклаш ташкилоти таснифи асосида (1999 й) эссенциал артериал гипертензия сифатида характерланиб. систолик артериал босим (САБ) > 140 мм сим.уст. диастолик босим (ДАБ) <90 мм сим.ус. тенг деб қабул қилинган .

Шунга асосан, бизнинг текширишимизда кекса ва қари ёшдаги беморларда юрак қон томир системаси касалликлари асоратларининг учраш даражаси, жинси, ёши аниқланди.

Филиал реабилитация бўлимига мурожаат қилган 40 нафар АГ билан оғриган 60 ёш ва ундан катта ёшдаги беморлар текширилди. Уларнинг ичида 27 (78,3%) беморларда АГ I-III даражалари ва 13 (21,6%) нафар беморларда ИСАГ касаллиги аниқланди.

Шундан эркаклар 18 нафар, аёллар 12 нафар. Хавф солувчи кўрсаткичларни аниқлаш мақсадида АГ даражаси, тинч ҳолатда ЭКГ ортостатик синамалар ҳамда гипертрофия даражасини аниқлаш мақсадида ЭХо КГ стандарт бўйича ўтказилди. Текширишлар натижаси шуни кўрсатдики, гипертензив криз «Юқори» ва «Жуда юқори» хавф солувчи категорияларга киритилдиган, яъни беморларда 3 та ва ундан кўпроқ хавф солувчи омиллар билан бирга кузатилганда. Беморларда қандли диабет, бош мия қон айланиши ўткир бузилишлари, юрак қон томир системаси етишмовчилиги ҳолатлари кузатилган. Гипертензив кризнинг юқори хавф солувчи гуруҳи 60-66 ёшлар ўртасида 12 нафар ва 70-82 ёшлар ўртасида эса 8 (20%) нафарни ташкил қилди.

Шундай қилиб, гипертензив криз, геронтологияда юрак қон томир системаси ва бошқа ассоциацияланган клиник ҳолатлар билан бирга келади. Шу сабабли, систолик артериал босим юқори бўлганда нафақат шу касаликка қарши курашиш, балки адекват равишда ҳамроҳ клиник ҳолатларга қарши ҳам даво чоралари олиб борилиши лозим.

### **УМУРТҚА ПОҒОНАСИ СПОНДИЛЁЗ КАСАЛЛИГИДА ДИСК ҚИСМЛАРИНИНГ ДИНАМИКАДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ**

**Мамажанов Б.С., Худайбердиев Қ.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М.  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ҳозирги вақтда бел умуртқалари остеохондрози билан бўлган беморларнинг сони ортиб бормоқда. Касаллик белгилари асосан аҳолининг меҳнатга лаёқатли бўлган (25 ёшдан 45 ёшгача) қисмида кўп учраб, меҳнат қобилятини пасайиши, ногиронлик кўрсаткичларини кўпайиб бориши сабабли нафақат тиббий, балки катта ижтимоий муаммога айланган. Қўлланилаётган текширув усулларининг (МСКТ, МРТ, контраст текширув усуллари) маълумот бериш имкониятлари яхшиланганлиги сабабли, умуртқа поғонасининг суяк қисмлари, боғламлари, умуртқаларо диск ўзгаришларини динамикада ўрганиш имконияти ортди.

**Тадқиқот мақсади:** Спондилёз ва бел умуртқаларо диск чурраси бўлган беморларда оператив муолажалар ўтказилган вақтда олинган макропрепаратлар (умуртқа суяги, сариқ боғлам, диск чурраси) ўзгаришлари патоморфологиясини ўрганиш.

**Материал ва текшириш усуллари:** АДТИ клиникаси нейрохирургия бўлимида умуртқа поғонаси дегенератив касалликлари билан бўлган 140 нафар бемор текширувдан ўтказилган. Текширилган 140 нафар бемордан 33 нафарида КТ ва МРТ текширувлари натижаларига кўра умуртқа поғонаси спондилёз касаллиги белгилари аниқланган. Беморларнинг ёши 30 ёшдан 55 ёшгача. Эркаклар – 24 нафар, аёллар – 9 нафар. Спондилёз ва бел умуртқаларо диск чурраси билан бўлган беморларда оператив муолажалар ўтказилган. Спондилёз ривожланган беморлардаги умуртқа каналида жойлашган орқа мия, сариқ боғлам, дисклардаги ўзгаришлар патоморфологик текширувлардан ўтказилган. Юқорида кўрсатиб ўтилган анатомик ҳосилаларнинг спондилёз натижасидаги ўзгаришлар динамикаси патоморфологик жиҳатдан ўрганиб чиқилди.

**Тадқиқот натижалари:** Морфологик текширув натижалари шуни кўрсатдики, умуртқа суяги олдинги қиррасида бўртиб чиққан, ҳар хил катталиқдаги ғадир-будир кўринишидаги остеофитлар гистологик жиҳатдан концентрик жойлашган бетартиб ҳолда суякланган. Умуртқа суяги олдинги қиррасида пайдо бўлган остеофитлар гистологик жиҳатдан ҳар хил тузилишга эгаллиги тасдиқланди. Айрим ҳолларда остеофит ўсимтанинг барча соҳаси, яъни марказидан бошлаб, четки қисмларигача зич ва нисбатан кучли кальцификацияланган тўқимадан иборатлиги аниқланди.

Умуртқа танаси олдинги қиррасида остеофитлар пайдо бўлиши оқибатида умуртқалар оралиғи дискнинг ташқи томонида жойлашган фиброз ҳалқасига суякланган ва оҳакланган ортиқча патологик тўқиманинг ботиб кирганлиги аниқланди. Бир вақтнинг ўзида фиброз ҳалқа таркибидаги толали тузилмалар билан бирга гел хусусиятига эга оралиқ моддаси ҳам ҳар хил даражада парчаланиб, шикастланганлиги кузатилди.

**Хулосалар:** Спондилёз касаллигида умуртқа суяги олдинги қиррасида пайдо бўладиган остеофитлар морфологик жиҳатдан концентрик тузилишга эга, толали тузилмалари ва асосий моддаси бетартиб жойлашган, таркибида оҳакланиш ва пигментация ўчоқларига бой тўқимадан иборатлиги исботланди.

Фиброз ҳалқа таркибида умуртқа суяқларида остеофитлар пайдо бўлиши оқибатида кучли даражадаги дистрофик, деструктив ўзгаришлар ривожланганлиги, қайтмас даражадаги хондроматозли метаплазия, оҳакланиш ва суякланиш каби қайтмас патологик ўзгаришлар ривожланиши тасдиқланди.

Сурункали спондилёз касаллигида дирилдоқ ядро тўқимаси таркибидаги хондроцитлар тўлиқ деструкция ва некробиозланиб, структурасиз моддаларга айланганлиги, оҳакланиш ўчоқлари пайдо бўлганлиги тасдиқланди.

## **ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЭНГ ЯҚИН ДАВРДАГИ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ**

**У.Ш.Мамажонов**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

**Долзарблиги:** Болалардаги Гиршпрунг касаллигини (ГК) даволашни жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш йўли билан яхшилаш, амалиётдан кейинги функционал ва органик асоратларнинг частотасини камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилаш болалар жарроҳлигининг устувор йўналишларидан бири бўлиб қолмоқда. ГК билан оғриган болаларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини баҳолашда жарроҳлик йўли билан даволашнинг нохуш натижаларига таъсир эта олувчи интраоперацион ва энг яқин омилларга асосий аҳамият берилади.

**Тадқиқот мақсади:** ГК билан оғриган болалардаги амалиётдан кейинги энг яқин даврдаги асоратларнинг частотаси ва тузилмасини ўрганишдан иборат.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Тадқиқотга ҳаммаси бўлиб 85 нафар, АВБКТМнинг жарроҳлик бўлимида операция қилинган болалар киритилди, улар икки гуруҳга тақсимланди. Асосий гуруҳга 38 нафар бола киритилди, уларга амалиётнинг De La Torre-Ortega такомиллаштирилган усули қўлланилди, шунингдек реабилитациянинг амалиётдан кейинги дастурига йўғон ичак микробиоцинози ўзгаришларининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда пробиотиклар билан терапия қилиш қўшилди. Қиёслов гуруҳига 47 нафар бола киритилди, уларга йўғон ичакнинг Соаве-Ленюшкин анъанавий усули бўйича трансанал резекцияси амалга оширилди.

Асоратлар ва ўлим ҳолати частотаси ва тузилмасининг таҳлили ўтказилди. Ушбу тадқиқот натижалари бўйича қилинган хулосалар мазкур клиник вазиятда колоанал анастомозни реконструкция қилиш усулини энг яхши натижа билан танлаб олишга асос берди. Беморларнинг клиник ва функционал ҳолатидан ташқари, бевосита натижаларни қиёслашда гуруҳлар ўртасидаги фарқлар аҳамиятининг мезонлари асоратлар ривожланиши хавфи омилларининг таъсирига боғлиқ равишда асосий роль ўйнади.

**Тадқиқот натижалари:** Амалиёт давомийлиги кўрсаткичларидаги фарқ анчагина сезиларли бўлди, қиёслов гуруҳида  $120,2 \pm 11,1$  дақиқа, асосий гуруҳда  $- 113,4 \pm 13,8$  ( $t = -2,46$ ;  $P < 0,05$ ). Қон йўқотиш ҳажми асосий гуруҳда ( $122,6 \pm 36,7$  мл) қиёслов гуруҳига нисбатан сезиларли даражада камроқ ( $163,8 \pm 52,0$  мл) ( $t = -4,27$ ;  $P < 0,05$ ) бўлди. Оғриқсизлантириш давомийлиги кўрсаткичи қиёслов гуруҳида энг катта бўлди ( $3,7 \pm 0,7$  сутка), асосий гуруҳда  $- 2,8 \pm 0,9$  сутка ( $t = -4,88$ ;  $P < 0,05$ ). Перистальтикани қайта тиклаш учун қиёслов гуруҳида  $3,1 \pm 0,9$  сутка, асосий гуруҳда эса  $2,2 \pm 0,6$  сутка талаб этилди ( $t = -5,71$ ;  $P < 0,05$ ). Энтерал овқатланиш қиёслов гуруҳида  $4,3 \pm 1,0$  суткада, асосий гуруҳда эса  $3,1 \pm 0,6$  суткада бошланди ( $t = -7,03$ ;  $P < 0,05$ ). Асосий гуруҳдаги беморларнинг фаоллашуви  $6,3 \pm 2,3$  суткада, қиёслов гуруҳидагиларники эса  $10,3 \pm 1,7$  6 суткада юз берди ( $t = -9,02$ ;  $P < 0,05$ ).

Шифохонадан чиқариш вақтида энкопрез 28 нафар беморда қайд этилди, бу эса қиёслов гуруҳидаги ҳолатларнинг 59,6 % ни ташкил этди, асосий гуруҳда бу кўрсаткич сезиларли паст бўлди  $- 28,9$  %. Параректал оқма ва парапроктит ҳам асосий гуруҳга нисбатан қиёслов гуруҳида кўпроқ кузатилди (0,0 % ва 2,6 % га қарши мос равишда 2,1 % ва 4,3 %). Асоратлари бўлган жами беморлар қиёслов гуруҳида 63,8 %; асосий гуруҳда эса 31,6 % ҳолларда ( $\chi^2 = 8,743$ ;  $Df = 1$ ;  $p = 0,004$ ) кузатилди.

Ичак ичидаги субстанцияларни амалиётдан кейинги энг яқин вақтда (а/к 3–6 суткаларда) тутиб туриш кўрсаткичи қиёслов гуруҳида 0,0 %, асосий гуруҳда эса  $- 7,9$  % ни ташкил қилди.

Шифохонадан чиқариш вақтида (а/к 8–15 суткаларда) ичак ичидаги субстанцияларни тутиб туриш 71,1 % беморда кузатилди, қиёслов гуруҳида бу кўрсаткич деярли 2 баравар паст бўлди (40,4 %). Ичак ичидаги субстанцияларни қисман тутиб туриш қиёслов гуруҳида амалиётдан кейинги 3–6 суткаларда 6,4 %, шифохонадан чиқариш вақтига келиб эса (а/к 8–15 суткаларда) 38,3 % ни ташкил этди. Ичак ичидаги субстанцияларни қисман тутиб туриш асосий гуруҳда сезиларли даражада яхши бўлди, амалиётдан кейинги 3–6 суткаларда 47,4 %, шифохонадан чиқариш вақтига келиб эса (а/к 8–15 суткаларда)  $- 18,4$  %. Ичак ичидаги субстанцияларни тутиб тура олмаслик коэффициенти қиёслов гуруҳида (93,6 %), амалиётдан кейинги 3–6 суткаларда асосий гуруҳдагига нисбатан деярли 2 баравар катта бўлди (44,7 %). Шифохонадан чиқариш вақтида (а/к 8–15 суткаларда) ичак ичидаги субстанцияларни тутиб тура олмаслик қиёслов гуруҳидаги 21,3 % ва асосий гуруҳдаги 10,5 % беморларда кузатилди. Шифохонадаги даврнинг турли босқичлари давомийлигининг таҳлили амалиёт усули ва реабилитация дастурига боғлиқ равишда, тадқиқ этилаётган гуруҳлардаги навбатдаги қиёсий таҳлил бўлди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг реанимация ва интенсив терапия бўлимида бўлиш давомийлиги 1,6 суткани, қиёслов гуруҳидаги беморларники эса 3,4 суткани ташкил этди ( $t = 7.63$ ;  $p < 0,001$ ). Амалиётдан кейинги ўрин-кунлар сони асосий гуруҳда 7,1 суткани, қиёслов гуруҳида эса 11,0 суткани ташкил этди ( $t = 7.15$ ;  $p < 0,001$ ). Умумий шифохонадаги давр қиёслов гуруҳида 22,1 суткани ташкил этди, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич сезиларли паст бўлди  $- 15,1$  ( $t = 7.23$ ;  $p < 0,001$ ).

Шундай қилиб, Гиршпрунг касаллиги билан оғриган болаларда De La Torre-Ortega модификациялаштирилган амалиёт усулини қўллаш амалиётдан кейинги энг якин давр кечиши сифатини баҳолашнинг барча асосий кўрсаткичларини яхшилашга ( $p < 0,05$  – оғриксизлантириш давомийлиги, перистальтиканинг қайта тикланиш кўрсаткичлари, энтерал овқатланишнинг бошланиши ва беморлар фаоллашуви муддатлари билан қиёслаганда), асоратлар умумий частотасини 63,8 % дан (қиёслов гуруҳидаги 47 нафар боладан 30 нафарида) 31,6 % гача (асосий гуруҳидаги 38 нафар боладан 12 нафарида;  $\chi^2 = 8,743$ ;  $Df = 1$ ;  $p = 0,004$ ) ва шифохонада ётиш даврини мос равишда  $22,1 \pm 3,2$  суткадан  $15,1 \pm 5,2$  суткага камайтиришга имкон берди ( $t = 7,23$ ;  $p < 0,001$ ).

## **ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОНИНИНГ ХУДУДЛАРАРО ВА ЖИНСЛАРАРО ТАРҚАЛИШИ**

**Мамарасулова Д.З., Мамасолиев Н.С., Зулунув А.Т., Каландаров Д.М.  
РШТЎИМ Андижон филиали  
Андижон давлат тиббиёт институти**

2020-йил охирига келиб РИО ва РИАТМ худудий филиалларида ҚС ташхиси билан рўйхатга олинган барча беморларнинг 63% қишлоқ аҳолисига тўғри келган, аммо қишлоқ аҳолиси умумий аҳолининг 48-49% ташкил қилади холос. Бу фарқни сифатсиз овқатланиш ва паст ижтимоий-иқтисодий ҳолат каби хавф омиллари мавжудлиги билан изоҳлаш мумкин. Шунингдек, номувофикликнинг мумкин бўлган сабаби -скрининг фаолиятининг паст қамрови ва қишлоқ жойларида ЭГФС аппаратларининг камлиги ёки мутахасислар етишмаслиги билан боғласа бўлади. ҚС билан оғриган беморлар орасида қишлоқ аҳолисининг энг кўп тарқалиши Андижон ва Наманган вилоятларида кузатилмоқда, Фарғона вилоятида эса ҚС билан касалланган беморларнинг қишлоқ ва шаҳар аҳолисига тақсимланиши ушбу тоифадаги фуқароларнинг аҳоли таркибидаги нисбий улушига тўғри келади (ҚС билан оғриган беморлар орасида қишлоқ аҳолисининг нисбати фарқи  $h_1$  квадрат = 106, 23,  $p < 0,001$ ).

ҚС билан оғриган беморлар орасида аёллар улуши 48,08%ни (522 дан 251 бемор) ташкил этди ва барча ўрганилган соҳаларда деярли бир хил. Ушбу маълумот бошқа муаллифларнинг маълумотларига мос келмайди, уларга кўра ҚС кўпроқ эркакларда кузатилади ва эркаклар ва аёлларнинг нисбати, масалан, АҚШда 3,88: 1 (ҚС бўлган беморлар орасида аёллар улуши 20,51% ни ташкил қилади). Бу фарқ ҚС нинг гистологик тузилишидаги фарқларга боғлиқ бўлиши мумкин: ривожланган мамлакатларда ҚАК улуши тез ортиб бормоқда ва ҚЯХК билан касалланганлар сони камаймоқда, Ўзбекистонда эса ҚС ҳолатларининг асосий улуши ҚЯХК тўғри келади.

2020-йилда 427 нафар бемор рўйхатга олинди (йил якунига кўра рўйхатга олинган беморларнинг 81,80%, шундан 332 нафари (77,75%) қишлоқ аҳолиси, 199 нафари (46,60%) аёллардир, бу эса Ўзбекистонда аниқланган умумий рўйхатга олинган беморларни таҳлили, шу жумладан урбанизация кўрсаткичидаги фарқлар қонуниятларига тўғри келади. ( $p < 0,001$ ).

## АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА АНТИГЛАУКОМАТОЗЛИ ФАОЛИЯТНИ КУЧАЙТИРИШНИНГ СКРИНИНГЛИ АСОСЛАРИ ВА ЙЎНАЛИШЛАРИ

**Мамасолиев З.Н., Рустамжонов А.Б., Ахмедов Н.Н., Мамасолиев Н.С.**  
**Андижон давлаб тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ**

**Тадқиқот мақсади:** Андижон шароитида антиглаукоматозли фаолиятни (АГФ) кучайтиришнинг скринингли (эпидемиологик) асосларини аниқлаш ва йўналишларини белгилашдан иборат.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Эпидемиологик, клиник, офтальмологик, биокимёвий ва статистик усуллар ҳам да ЖССТ мезонларидан фойдаланиб скрининг-тадқиқот бажарилди. Жами 333 та глаукома билан беморлар популяциясида тахлиллар ўтказилди.

**Натижалар ва хулосалар.** Антиглаукоматозли ишларни ташкил қилиш бўйича скрининг кузатувлар худудий муаммоларни ажратиб кўриш имконини беради. Уларни ечиш, масалан, геронт ёшдаги аҳолида, глаукома профилактикасининг самарадорлигини оширади ва уни геронтларда олдини олиш шароитини туғдиради: - ҳозирги вақтда олиб борилаётган илмий тадқиқотларда глаукоманинг даволаш усулларининг биронтаси мукамал ҳисобланмайди ва кўрликни 100,0 фоиз ўрнини босолмайди; – мавжуд даволаш усулларини ўзи кўпинча асоратлар хавфини оширади; - глаукомани ташхислаш ва даволаш соҳасида улкан ютуқларга эришилган, лекин шунга қарамасдан, глаукома билан касалланиш даражаси бутун дунёда ортиб бормоқда ва унинг асоратларини (кўрлик) тўхтатиш имконияти бўлмапти; - деярли барча мамлакатларда касаллик то 87 фоизгача етиб кеч аниқланади ёки глаукоматозли континуум босқичида ташхисланади; - глаукомани тарқалиши частотаси бўйича кескин тафовутланувчи, то 6 баробаргача етиб, маълумотлар эълон қилинган. Улар бўйича мамлакат, аҳоли ва ҳаттоки ирқий даражада ҳам касалликни тарқалиши бўйича бир қарорга келиб бўлмайди; - турли ёшли аҳоли гуруҳларида, жумладан, геронтларда ва турли минтақаларда глаукоманинг авж олиш хавфини барвақт аниқловчи ва самарали профилактикани илмий негизли асослаб берувчи восита/ёндашув сифатида касалликнинг минтақавий хусусиятларини эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолаш, замонавий популяцияда, жумладан, узоқ умр кўрувчиларда, унинг профилактикасини янги тизимини ишлаб чиқиш бутун дунёда ва Ўзбекистонда ҳам долзарб масала ҳисобланади.

## ТУРЛИ ЁШДАГИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

**Мамасолиев З.Н., Рустамжонов А.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М**  
**Андижон давлаб тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ**

**Тадқиқот мақсади:** Андижоннинг турли ёшдаги популяциясида глаукомани эпидемиологик тавсифини аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Эпидемиологик ва офтальмологик текширув усуллари қўлланилиб жами 266 нафар беморлар популяцияси (ўрта ва етук ҳамда кекса ёшли) текширилди ва замонавий статистика усуллари қўлланилиб тахлил қилинди.

**Натижалар ва хулосалар:** Глаукомани тарқатиш частотаси аёлларда устуворлик қилади ва 3 баробардан кўп аниқланиш билан ўрта маълумотлиларда қайд қилинади. Хусусан эркакларда турли йилларда эркакларда 11,84 ва 8,98% дан, аёлларда бўлса –

19,18% ва 10,6% дан тасдиқланади. Олий ва ўрта маълумотли аҳоли популяциясида эса – 17,2% ва 11,8% ҳамда 5,3% ва 15,5% дан мувофиқ бўлиб турли йилларда қайд қилинади.

Эпидемиологик мониторингда яна тасдиғини топдики шаҳарликлар популяциясида қишлоқлик аҳоли популяциясига қиёсан кескин фарқланиб – 12,8% ва 87,2% дан аниқланади. Яна хос эпидемиологик тавсиф – шаҳарлик эркак аҳоли популяциясида глаукомани тарқалиш частотаси охириги йилларда ўсган ва аёлларда бўлса – 12,2%га камайган. Қишлоқ популяциясида бўлса аксинча – эркакларда 1,2% га камайган ва аёлларда 12,2% га ортган ( $P < 0,01$ ).

## **ИЗОЛИРЛАНГАН СИСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ**

**Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Курбонова Р.Р.  
РШТЎИМ Андижон филиали  
Андижон давлат тиббиёт институти.**

**Масалани долзарблиги:** Президент Ш.М. Мирзиёевнинг 18.12.2018 йилдаги №ПП – 4063 Қарорида кўрсатилганидек “Профилактик тадбирларни мувофиқлаштирувчи самарали тизим мавжуд эмас. Асосий диққат эътибор касалликлар профилактикасига эмас, даволашга қаратилмоқда. Халқаро миқёсда эса тан олинган услублар асосида СНК ва уларнинг хатар омиллари бўйича мунтазам эпидемиологик текширув ва сўрономаларни ўтказиб туриш тавсия этилади....”.

**Тадқиқотнинг мақсади:** фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида изолирланган систолик артериал гипертензияни (ИСАГ) фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида эпидемиологик тафсилотлари ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи популяцияда (ФБШП) аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди:  $\geq 18 - 70$  ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳадаси. Тадқиқотда ИСАГнинг эпидемиологик тафсилотлари олиб борилди ва баҳоланди. Бундай тавсифлар дунё миқёсида кам, Ўзбекистон шароитида ва хусусан, фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида умуман йўқ. Илк бор унга хос қуйидаги эпидемиологик хусусиятлари топилди ва амалиётга тавсия қилинди:  $\geq 18-70$  ёшли ФБ ШПда 2,7% аниқланиш частотаси билан кузатилди (эркакларда - 2,8% ва аёлларда - 2,55); 2) ёшга боғлиқ ҳолда 7,5% кўпайиб аниқланди; 3) эркак ва аёлларда - 1,7 ва 1,5% тасдиқланди; 70 ёшдан ИСАГ тарқалиш частотаси кескин тафовутланди, аёлларда унинг аниқланиш частотаси икки баробар ортиши кузатилди.

Ушбу натижалар ҳам бошқа клиник текширувлардан олинган хулосалардан кам %лиги билан фарқ қилади. ФБ ШП артериал гипертензия хатар омиллари ва патогенли трофологик ҳолатнинг эпидемиологик тавсиф хусусиятлари тадқиқотда илк бора ўрганилди ва баҳоланди.

**Хулоса:** Тасдиқланишича,  $\geq 18-70$  ёшли текширилган аҳолида мева ва полиз маҳсулотларини меъёрдан яъни  $\geq 400$  г/сут кам истеъмол қилиш аниқланиш частотаси

21,27% ташкил қилди (эркакларда - 54,84% ва аёлларда - 45,16%). Ёшга боғлиқ ҳолда ушбу кўрсаткич - 24,8% эркакларда ва 22,4% аёлларда фарқланади.

## **ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ИЖТИМОИЙ ОМИЛЛАРИ**

**Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Каландаров Д.М.  
РШТЁИМ Андижон филиали  
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Масаланинг долзарблиги. Бутун дунёда шулар қаторида Ўзбекистонда ҳам, юрак – қон томир касалликлари ва уларнинг хатар омиллари, жумладан АГ олдини олиш, назорат қилиш ва даволаш, аҳолининг касалланиши ва эрта (бевақт) ўлимни камайтириш бўйича изчил чора тадбирлар кўрилмақда.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида артериал гипертензияни хусусиятларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди. Шу боис мазкур йўналишда замонавий популяцияда илмий тадқиқотларни бажариш назарий ва амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот дизайни бўйича бир вақтлик эпидемиологик текширув ҳисобланади. Тадқиқот Фарғона водийсининг Андижон вилояти шароитида ўтказилди. Уни объект қилиб Пахтаобод туманини фермерчилик ишлари билан шуғулланувчи уюшган популяцияси олинди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Тадқиқот натижалари фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли орасида артериал гипертензия бир қатор хусусиятларга эга эканлиги тасдиқланди. Чунончи, оилавий - ижтимоий омилларга (олий маълумотлилар, ўрта маълумотлилар, турмуш қурмаганлар, турмуш қурганлар, ажрашганлар, бевалар) боғлиқ ҳолда 3,5 баробарга етиб фарқ билан кўпайиб АГ фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида кузатилади ва эркакларда ушбу омиллар таъсири аёлларга қиёсан сезиларли даражада кучли бўлади. Нисбатан юқори тарқалиш частотаси билан АГ олий маълумотлилар ва оилавий (турмуш қурганлар) Фб ШПда тасдиқланади. Бу кўрсаткичлар бошқа популяцияда олинган натижалардан кескин (то 3 баробарга етиб) камлиги билан фарқланади [41;22;48;58].

Мазкур популяцияда АГнинг аниқланиш частотаси турли ёш гуруҳларида 31,3% тафовутланади, ёш ўтиши билан 6,4 баробар ортади:  $\geq 18-70$  ёшлиларда 12,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади ва унинг аниқланиш частотаси энг кўп 70 ёшдан ошганларда (38,2%) ва 50-69 ёшлиларда (19,7%) тасдиқланади. 18-30 ёшлиларда (6,9%) ва 31-49 ёш гуруҳида (10,8%) энг кам аниқланиш частотаси билан кузатилади ( $P < 0,05$ ).

Хулоса. Бу маълумотлар яна тасдиқлайди, ёш омили сўзсиз АГнинг кучли хатар омилларидан бири ҳисобланади. Ушбу натижалар бошқа популяциялардан олинган ўхшаш натижаларни мутлақо тасдиқлайди. Аммо уларнинг кўпчилиги клиник текширувларда ўзига, асосан фермерликка дахлдор бўлмаган аҳоли эканлигини ҳисобга олиш керак бўлади. Фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида АГ 12,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади ва сезиларли тафовутланиб эркакларда (14,6%) ҳамда аёлларда (11,3%) тасдиқланади. Ёш омили кучли хатар омили сифатида таъсисланади, унга боғлиқ бўлиб 6,4 баробар АГ аниқланиш частотаси ортади.

## ЎТКИР ЁРҒОҚ СИНДРОМИДА УЛЬТРАТОРВУШ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ ВА АФЗАЛЛИКЛАРИ

Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К., Юлчиев К.С.  
Андижон давлат тиббиёт институти.

**Тадқиқот мақсади:** Болаларда мойкнинг ўткир яллиғланиш ҳолатларида ноинвазив диагностика усулларини оптималлаштириш.

**Тадқиқот материали ва усуллари:** Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шошилиш хирugia ва урология бўлимларида 2015-2022 йиллар давомида МЎК ташхиси билан даволанган 202 нафар беморлар даволаш натижалари ретроспектив таҳлил асосида ўрганиб чиқилди. Тадқиқотнинг клиник материални 3 ойдан 18 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Беморлар замонавий клиник ва статистик таснифлардан (МКБ-10) фойдаланган ҳолда 3 гуруҳга бўлинди. Унга кўра мойк гидатиди (ортиғи) нинг буралиб қолиши 124 (61,4%), мойкнинг буралиб қолиши 57 (28,2%), эпидидимит, орхиэпидидимит, орхит 21 (10,0%) нафар болаларда кузатилди.

Беморлардаги ультратовуш ва доплерография текширишлари натижалари ретроспектив ўрганилди. МЎКларида диагностик мақсадда ўтказилган 32 та мойк ҳалтасининг УТТ натижалари ҳулосаланди. Мойкнинг ўткир касалликлари эхографик манзараси қатор белгилар билан тавсифланди ва улар 2 та асосий гуруҳга ажратилди: алоҳида ҳолда ҳар бир касаллик учун хос бўлган специфик белгилар ва носпецифик ёки иккиламчи эҳосимптомлар.

Куйидаги каби экстратестикуляр ўзгаришлар мойк ўткир касаллигининг носпецифик эхографик мезонларига киритилди: 1. Контрлатерал билан таққосланганда шикастланган томонда мойк шиллиқ қаватининг қалинлашиши ва қатламланиши; 2. Мойкнинг шиллиқ қаватида қон оқимининг кучайиши; 3. Шахсий вагинал пўстлоқ бўшлиғида эркин суюқликнинг тўпланиши.

Носпецифик ультратовуш белгилари мойк ҳалтасининг шиши-гипермияланиши синдромида иккиламчи яллиғланиш ўзгаришларини ифодалади.

Ушбу тадқиқотда носпецифик УТ-симптомлари касалликнинг яққол клиник манзарасида аниқланди: гидатиднинг буралиб қолиши асоратли кечишида, мойкнинг буралиб қолишида, эпидидимит ва эпидидимоорхитда. Иккиламчи яллиғланиш ўзгаришлари гидатид буралиб қолишининг асоратсиз кечишида, орхитларнинг субклиник кечишида аниқланмади. Жароҳатли шикастланишларда носпецифик эҳосимптомлар мойк шиллиқ қаватининг гематомаси, мойкнинг ёрилиши бўлгандагина аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Мойк буралиб қолишининг УТДдаги ультратовушли диагностик мезонлари ҳисобланади: ички аъзоларда қон оқимининг кескин камайиши (йўқ бўлиб қолгунга қадар) ёки 2–4 карра ортиши билан биргаликда мойк ўлчамларининг катталаниши ва таркибининг бир хил эмаслиги, гидатид буралиб қолишининг УТДГдаги ультратовушли диагностик мезонлари ҳисобланади: қон оқимининг меъёрдан 10% гача катталаниши билан мойк ортиғининг сезиларли даражада (>20%) ортиши ёки катталаниши ва таркибининг бир хил эмаслиги, ўткир эпидидимитнинг УТДГдаги ультратовушли диагностик мезонлари ҳисобланади: қон оқимининг ўртача ортиши билан (10% гача) мойк ортиғининг ўртача катталаниши ёки гомогенлиги, қон оқимининг меъёрдан 10% гача катталаниши билан биргаликда мойк ўлчамининг катталаниши ва таркибининг бир хил эмаслиги ўткир орхитнинг УТДГдаги ультратовушли диагностик мезонлари ҳисобланади. Кичик ёшдаги болаларда ўткир мойк касалликларида ультратовушли симптомларнинг сезувчанлиги

ва спецификлиги касаллик стадиясига боғлиқ бўлмайди ҳамда шифохонага кеч мурожаат қилинганда клиник белгиларнинг сезувчанлиги ва спецификлиги сезиларли даражада ошади.

**Хулоса:** Моякнинг буралиши бўлган беморларда эхографик кўринишлар ўзгаришларнинг яққоллиги билан фарқланади. Мояк қобиғида қон оқими кучайгани ҳолда унинг паренхимасида қон оқимининг секинлашиши ёки йўқолиши мояк буралиб қолишининг патогномоник эхографик белгиси ҳисобланади.

## **ГЛАУКОМА ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА ЙЎНАЛИШЛАРИ**

**Назаров Б.М., Қахарова Д.М.  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Андижон шароити миқёсида глаукоматоз жараёнларини эрта ташхислаш ва самарали даволаш йўллари яратиш соҳасида офтальмологияда катта ютуқларга эришганлигига қарамасдан, ҳозиргача глаукома (ГК) энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда. Оқибатда глаукома билан хасталанган беморларнинг, кўриш фаолиятининг кучли пасайиши натижасида кўзи ожизлик ҳолатига олиб келмоқда.

Уч йиллик текширувларимиз натижасидан бизга маълумки, ГК аҳоли орасида 7,0 % етиб тарқалган, ҳар йили мингтага битта одам тўғри келиб хасталаниш ортиб боради ва АҚШ да мазкур касаллик туфайли йилига 5500 одам кўр бўлиб қолаётганлиги аниқланган. ГК билан хасталанган беморларни тиббий, ижтимоий ва маиший реабилитациясига сарфланган харажатлар салмоғи АҚШ да йилига 400 млн ва ундан ортиқ. долларни ташкил қилмоқда ва касаллик туфайли кўрилган зарарлар эса янада кўпроқ – 1,4 млрд га етган. Россияда ҳар бир беморни мунтазам ва узлуксиз даволаш учун йилига ўртача 3000 рубль керак бўлади. Бу, кўп мижозлар учун, айниқса кексайиб қолган беморларга иқтисодий жихатдан номақбул-ки, натижада, хоҳланмаган тарзда кўзи ожиз кишилар сонининг тобора ошиб боришига сабаб бўлмоқда. Шунинг учун ҳам мазкур долзарб масалани ўрганиш муаммоси то бугунга қадар устуворлигича сақланиб қолмоқда ва янгича илмий ёндошувларни тақозо этмоқда .

Текширувлардан аниқланади-ки, аксарият илмий манбаларда ноаниқликлар ва қарама-қарши ахборотлар берилган, кўпинча кузатувга жалб қилинганлар сони етарли бўлмаган ва уларни, гуруҳлашда ҳамда клиник метеорологик мониторингни ташкил этишда методологик хатоликларга йўл қўйилган ёки натижаларни статистик таҳлилида бир томонлама ёндашувчилик сезилади. Ўзбекистонда эса, кўпинча ГК ни иқлимий омилларга боғлаб айрим ҳудудлардагина қисман ўрганилган ва уларнинг аксариятига салкам бир аср бўлиб, ўз-ўзидан ўз қимматини йўқотиб улгурган. Бу масала Ўзбекистоннинг ўзгарувчан ва кескин иқлимий шароитларида комплекс ўрганилмаган, жумладан, Фарғона водийсида ҳам муфассал ёритилиб баҳоланмаган, ҳам назариётда ва ҳам амалиётда ГК ни метеопрогнослашга асосланиб такомиллаштирилган даволаш-профилактика тизими яратилмаган.

Шунинг учун ҳам жуғрофий офтальмологиянинг мазкур йўналишида илмий тадқиқотчилар ўта фаоллик билан ва замонавий тажриба ҳамда усуллардан фойдаланиб давом этдирилишини мақсадга мувофиқ деб тавсия этилади. Бизнинг илмий изланиш ишларимиз айнан ушбу натижаларни тасдиқлайди.

## ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГЛАУКОМАНИНГ ҚУЁШ ЁҒДУСИ ЎЗГАРИШЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Назаров Б.М., Қахарова Д.М.  
Андижон давлат тиббиёт институти

Илмий текширувимишнинг аксарият қисми Фарғона водийсининг ўзгарувчан ва кучли континентал иқлимий шароитида глаукоманинг шаклланиш хусусиятларини ўрганишга бағишланади. Чунки, бу борада мавжуд илмий далиллар бир-бирларига зид ва бундан ташқари, мазкур глаукоманинг клиник биоритмопатогенетик механизмларини ўрганишга бағишланган ишлар деярли йўқ даражада.

Аниқландики, глаукома шаклланиши билан қуёш ёғдуси таъсири кўлами ортиб бориши ўртасида кучли ифодаланган корреляцион боғланишлик бор ва у мазкур хасталикнинг муайян шаклларида турлича ифодаланиб аниқланади. Текширувимиш турли йилларда жами глаукома 7,1 фоиздан (қуёш ёғдусининг < 1,3 с. га тенг даражасида) то 20,3 фоизгача (қуёш ёғдусини 7,8-9,1 с. га тенг даражасида) ёки 13,0 фоизга етиб кўпайган, яъни қуёш ёғдуси таъсирига боғлиқ холда салкам уч баробарга ортган ( $r= +0,98$ ;  $P<0,001$ ). Худди шундай салбий юксалиш тенденцияси глаукоманинг деярли барча турларида ҳам қайд этилади. Хусусан қуёш ёғдусининг таъсири ортиши билан айрим йиллари ОБГК 10,5 мартага етиб ортади, ЁБГК 1,7 мартага кўпаяди, аралаш глаукома 30,8 фоиз тафовут билан аниқланади, глаукомани ўткир хуржлари 24,5 фоизгача кўпаяди, терминал глаукома 10,0 фоизга ва глаукома ҳамда бўртқан катарактани кўшилишиб шаклланишлари 3 баробарга етиб ортадилар.

Уч йиллик илмий текширувларимиз якунлари ва асосли маълумотлардан хулоса қилган холда хулоса қилиб, амалиётга қуйидаги тавсияларни киритдик-ки, Андижоннинг ўзгарувчан ва кескин континентал иқлимий шароитида, қуёш инсоляциясининг ортиши глаукома учун хатарли омил бўлиб хисобланади, чунки аксарият хасталикни авжланиб кучайишлари айнан мазкур метеоэлементни нобарқарор кучайиши сабабли содир бўлади.

Мавжуд илмий манбаларда айнан шундай маълумотлар йўқ, лекин бунга яқин қарашлар ва назарий тавсиялар айрим тадқиқотчилар томонидан қайд этилган. Офтальмологиянинг мазкур йўналишида илмий тадқиқотчилар ўта эътибор билан ва замонавий тажриба ҳамда усуллардан фойдаланиб янада янги янги натижаларга эришиб илмий ишларни давом эттиришларини мақсадга мувофиқ деб хисоблаймиз.

## СОН СУЯК БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИ ПАТОГЕНЕТИК АНГИОГЕН ОМИЛИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ.

Назаров И.Р.<sup>1</sup>, Маҳкамов Н.Ж.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Андижон вилоят ортопедия-травматология шифохонаси,

<sup>2</sup>Андижон давлат тиббиёт институти.

Муаммонинг долзарблиги. Сон суюк бошчасининг асептик некрози сабабларини тушиниш учун, унинг ангиоархитектоникасини билиш керак бўлади. Сон суюгининг аксарият қисми ва бошчасига қон сон артериясидан келади. Сон артериядан сон суюгининг бўйни ва бошчасига сон суюгини айланиб ўтувчи латерал ва медиал артериялар келади. Иккинчи томондан, яъни сон суюк бошчасининг юмалоқ боғлам таркибидаги нисбатан майда артерия ҳам сон суюк бошчасини қон билан таъминлайди. Ушбу артериялар орасида коллатераллар камлигидан ҳар хил сабабларга

кўра сон суяк бошчасида ишемия ҳолати ривожланиши ва некрозланиш кузатилиши мумкин. Сон суяк бошчасини қон билан таъминлайдиган яна бир артерия бу – сон суяк бошчасини айланувчи чуқурча билан боғлаб турадиган думалоқ бойлам таркибидаги артерия ҳисобланади. Булардан ташқари сон суяк бошчасини медиал ва латерал артерияларнинг майда тармоқлари бўлган суяк ичи қон томирлари орқали қон билан таъминланади. Муҳим фактлардан бири, бу – медиал ва латерал артерияларда бирорта патология ривожланса дастлаб уларнинг тармоғи бўлган суяк ичи артериолаларда тромбоз ва ишемия ривожланишидан суякда некроз бошланади.

Материал ва текшириш усуллари

Ковид-19дан кейинги сон бошчасининг асептик некрозини клиник, морфологик ва морфометрик текширув хулосаларини ўрганиш учун Андижон вилоят травматология ортопедия шифохонаси ва Ибн Сино хусусий клиникасида консерватив ва оператив даволанишда бўлган беморлар клиник-анамнестик ва ташриҳий амалиётдан кейинги патоморфологик биопсия материаллари маълумотларидан олинди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Маълумки, сон суяк ичидаги юмшоқ тўқимада жойлашган артериолаларни гистологик текширувда қуйидагилар маълум бўлдики, COVID-19 инфекцияси асорати сифатида артериолалар деворида фибриноид бўкиш ва фибриноид некроз ривожланганлиги, натижада эритроцитар тромб пайдо бўлганлиги аниқланади. Албатта тромбозга учраган артерия қон билан таъминлайдиган юмшоқ ва суякнинг қаттиқ тўқимасида ишемия ривожланганлиги, тўқималарида некробиоз ва некроз белгилари пайдо бўлганлиги кузатилади.

Суяк ичи юмшоқ тўқимаси чуқурроқ ўрганилганда маълум бўлдики, унинг таркибидаги артерияларнинг айримлари спазмланиб, торайган, бошқалари тромбозга учраганлиги, вена томирлари кескин кенгайганлиги, тўлақонлиги ва атрофига диапедезли қон қуйилганлиги аниқланади. Сийрак толалаи шакллланмаган бириктирувчи тўқимаси кескин шишга, мукоид бўкишга учраганлиги, натижада ҳам хужайралари, ҳам толалари титилиб, сийраклашганлиги, айниқса толали тузилмалари фрагментацияланиб, парчаланганлиги аниқланади.

COVID-19 инфекциясига хос бўлган тўқималардаги патоморфологик ўзгаришлардан бири, бу инфекциянинг пролифератив даврида бириктирувчи тўқима хужайралари ва уларга аралаш ҳолда лимфоид ва макрофагал хужайраларнинг пролиферацияланиб кўпайиши ҳисобланади. Бизнинг илмий тадқиқотимизда аниқландики, сон суяк атрофидаги ва суякичи юмшоқ тўқима таркибида ҳам лимфо-гистиоцитар хужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайиши кузатилди. Айниқса, қон томирлардан артериялар деворида хусусий хужайраларининг ва унга қўшимча макрофагал ва лимфоид хужайраларнинг кўпайиши тасдиқланди. Қуйидаги морфологик ўзгариш ўзига эътиборимизни тортди, яъни артерия ва артериолалар девори хужайралари пролиферацияси кучайиб, кўп сонли майда капилляр типидagi томирларнинг ўзаклари пайдо бўлганлиги аниқланди. Бу ҳолат юмшоқ тўқима таркибида қон томирларнинг кўпайишига, яъни яллиғланишли ангиоматоз жараёнига олиб келганлиги тасдиқланди.

**Хулоса:** Сон суяк бошчасини сон артерия тармоқлари айланиб тармоқланган медиал ва латерал артериялар қон билан таъминлаши, улар сон суяк атрофидаги юмшоқ тўқималардан ўтиб, бўйин ва бошча юзасида, ҳамда суякичи юмшоқ тўқимасида майда тармоқларга бўлингани, коллатерал боғланишлар камлигидан, қон томирларнинг микроангиопатияси ва тромбозда ишемияга ва некрозга олиб келиши эҳтимолдан ҳоли эмас. SARS-CoV-2 вируси ўзининг АПФ2-ферменти ёрдамида организмнинг деярлик барча артериялари қатори сон суяк бошчасининг артерияларини

хам шикастлаб, эндотелиит, микроангиопатия, лимфоцитар ва эритроцитар тромбозлар кўзгатиб, суяк тўқимасида ишемия ва асептик некроз ривожлантириши исботланди. Сон суяк бошчаси асептик некрозига сабаб бўлувчи патогенетик омиллардан асосийси, бу артерия ва артериолалар девори вирус таъсирида шишга, мукоид ва фибриноидга учраши, натижада эндотелийнинг шикастланишидан тромбоз пайдо бўлиши кузатилди. COVID-19 инфекциясига хос бўлган тўқималардаги патоморфологик ўзгаришлардан бири, бу инфекциянинг пролифератив даврида бириктирувчи тўқима хужайралари ва уларга аралаш ҳолда лимфоид ва макрофагал хужайраларнинг пролиферацияланиб кўпайиши бўлиб, сон суяк атрофидаги ва суякичи юмшоқ тўқима таркибида ҳам лимфо-гистиоцитар хужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайиши, артерия ва артериолалар девори хужайралари пролиферацияси кучайиб, кўп сонли майда капилляр типидagi томирларнинг ўзақлари пайдо бўлганлиги, яллиғланишли ангиоматоз жараёнига олиб келганлиги тасдиқланди.

### **ФЕРМЕРЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ПОПУЛЯЦИЯДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ КОМОРБИДЛИК ТАРҚАЛИШИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ЖИХАТЛАРИ**

**Нишонова Н.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Қаландаров Д.М.  
РШТЎИМ Андижон филиали  
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Масаланинг дорзарблиги. 40 ёшдан ўтган аҳолининг 20–25% АГ аниқланмоқда ва охириги 5 йилда унинг тарқалиш частотаси Ўзбекистонда кўпайган. Юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш тизими яратилганлигига қарамасдан, АГнинг аниқланиш суръатлари ортиб бормоқда, шунинг учун эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига “занжирланган” АГ профилактикаси тадбирларини ишлаб чиқиш талаби дунё кўламида кўйилмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик билан шуғулланувчи популяцияда артериал гипертонияни коморбидлик тарқалиши ва ёшга боғлиқ жихатлари ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди:  $\geq 18$  – 70 ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Фермерлик иши билан шуғулланувчи аҳолида АГнинг коморбидлик таъсирида келиб чиқиши кечинининг эпидемиологик жихатлари ҳам илк бора тадқиқотда ўрганилди.

Маълум бўлди-ки, ушбу аҳолида,  $\geq 18$ -70 ёшли фермерлик билан шуғулланувчиларда, коморбидлик 28,3% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Ёшга боғлиқ ҳолда 27,0%га кўпайиб тасдиқланди ва у барча ёш гуруҳлари, аёллар (57,1%) ва эркаклар (42,9%) учун хосдир.

Коморбидлик 9та АГ хавфини оширувчи хатар омиллари ичида, патоген таъсири кучлилиги бўйича, 1-чи ўринни эгаллайди ( $RR = 3,86$ ; 95% ИИ = (2,82 - 5,28);  $\chi^2=504,83$ ;  $P<0,05$ ), кейинги ўринда қуйидагилар туради: ОТВ ( $\chi^2=343,35$ ;  $P<0,05$ ), гиподинамия ( $\chi^2=276,66$ ;  $P<0,15$ ), ортиқча туз истеъмоли ( $\chi^2=157,47$ ;  $P<0,05$ ), дори воситалари омили ( $\chi^2=69,19$ ;  $P<0,05$ ), тамаки чекиш ( $\chi^2=89,97$ ;  $P<0,05$ ), ирсий мойиллик ( $\chi^2=13,32$ ;  $P<0,05$ ) ва алкоғол истеъмоли ( $\chi^2=2,12$ ;  $P<0,145$ ).

Фб ШПда АГ учун коморбидлик фони ҳосил қилиб ассоциацияланувчи касалликлар бўлиб, қандли диабет 2- тури [ $r_{++}=0,38$ ;  $P<0,05$ ), СТК ( $r_{++}=0,28$ ;  $P<0,05$ ), ДЛП ( $r_{++}=0,31$ ;  $P<0,05$ ), кардиоаритмият [ $r_{++}=0,02$ ;  $P>0,05$ ] ва ошқазон - ичак тракти касалликлари [ $r_{++}=0,10$ ;  $P>0,05$ ] ҳисобланади.

Шундай боғлиқлик хусусиятлари ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ билан популяцияда ҳам яққол ҳамда сезиларли бўлиб кузатилади. Айниқса ОАГда, СТК мисолида, буни қуйидагича шарҳлаб кўрсатиш мумкин бўлади: 1)  $\geq 18 - 70$  ёшли Фб ШПда ОАГСТКа аниқланиш частотаси 26,7 %ни ташкил қилади (эркакларда – 18,2% ва аёлларда – 50,0%); 2) ўта боғлиқ бўлиб ОАГСТа нинг аниқланиш частотаси 33,0%га ортади.

Илмий тадқиқот натижаларига қиёсланиб, ушбу маълумотлар баҳоланишидан маълумки, АГ хатар омиллари аҳоли орасида барвақт аниқлаш ва олдини олиш соғлиқни сақлашнинг, барча давлатларда, асосий стратегик йўналишларидан бири ҳисобланади [24;48;58].

Айниқса нолипид ХОга энг кўп эътибор қаратилгани ва унинг ЮҚГга, жумладан, АГга алоқадор “патоген эпидемиологик шароитларини” яратишда катта ҳисса қўшганлиги барча йирик тадқиқотларда, бизнинг маълумотларимиздек, тасдиқланди [8;40;48;62]. Шунинг учун ҳам ушбу тадқиқотда айнан шундай йўналишда олинган натижалар, шубҳасиз, эътиборни тортади ва ёки илмий – амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқотда яна исботланди-ки, липид алмашинуви бузилишлари (ГХС, ГТГ) – ДЛП, АГнинг етакчи омили бўлиб ҳисобланади ва бошқа тадқиқотлар натижаларига яқин келиб, уларни тасдиқлайди [3;121;141]. Чунончи,  $\geq 18-70$  ёшли Фб ШПда ДЛПнинг АГга ассоцирланиб аниқланиш частотаси қуйидагича тасдиқланади: 1) ДЛПа АГ1 – 35,0% билан (эркакларда – 37,5% ва аёлларда – 31,4%дан); ДЛПа АГ2 – 37,5% бўлиб ) (эркакларда – 47,0% ва 28,6%дан); 3) ДЛПа АГ3 – 26,7% билан (эркакларда – 18,2% ва аёлларда 50,0%дан).

Аритмик коморбидлик ҳолати АГда – 9,8 % (ЕАГда), 18,1% (ЎОАГда) ва 13,3% (ОАГда) даражаларда аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. бундай коморбидлик ҳолати аёлларда сезиларли даражада (15,9% фарқ билан) эркакларга қараганда юқорилиги диққатни жалб қилади.

Тадқиқотда фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида АГга хазм аъзолари касалликлари сезиларли бўлиб юқори частоталарда кўшилишининг юқорилиги тасдиқланди. Хусусан, ЕАга ХАК- 10,7% (эркакларда – 7,0% ва аёлларда – 15,7%дан), ЎОАга ХАК – 22,4% (эркакларда – 21,2% ва аёлларда – 24,0%дан) ва ОАГга ХАК – 40,0% (эркакларда – 27,3% ва аёлларда – 75,0%дан) аниқланиш частотаси билан тасдиқланди.

Бундай хос коморбидликнинг аёл ва эркакларга қараганда 3 баробар кўп кузатилиши ва энг кўп 31-49 ёшлиларда тасдиқланиши эътиборни жалб қилади, яъни бу хос жиҳатлар АГ профилактикасида, сўзсиз, эътиборга олинishi керак бўлади.

Хулоса. Тадқиқот натижаларига кўра, фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида артериал гипертензия келиб чиқишининг математик модели яратилди. Чунки Фб ШПда АГ «конструкциясини» яратиш ва уни олдиндан келиб чиқишини прогнозлаш амалиётини такомиллаштириш тадқиқотнинг якуний вазифаларидан бири қилиб белгиланган эди. Фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида артериал гипертензия келиб чиқиш хавфининг математик моделидан келиб чиқади-ки, ушбу популяцияда АГга сезиларли ҳиссаси билан негатив таъсирини ўтказадиган 16 та хатар омиллари тасдиқланади.

## КИАРИ АНОМАЛИЯСИ БИЛАН БИРГАЛИКДА УЧРАЙДИГАН СИРИНГОМИЕЛИЯ ХОЛАТИНИНГ ДИНАМИК ЎЗГАРИШИ

Нурматов А.А., Бабаев Ж.И., Исмоилов О.А., Отамирзаев О.О.

РИНИАТМ

Наманган вилояти филиали

Киари аномалияси – марказий нерв тизимининг туғма нуқсонларидан бири бўлиб, беморларда мияча бодомча қисмларининг калла асоси катта тешиги соҳасига қисилиши натижасида турли муаммоларни келтириб чиқаради. Ушбу муаммолардан бири, калла орқа чуқурчаси соҳасида мия суюқлиги алмашинувининг бузилиши натижасида орқа мия марказий каналига мия суюқлиги йиғилиши натижасида сирингомиелия ҳолати ривожланишидир. Киари аномалияси жарроҳлик даволаш вақтида ликвор айланиши тикланиш катта аҳамиятга эга бўлиб, сирингомиелия ҳолатининг орқага қайтишига олиб келади. Лекин ҳанузгача операция вақтида мия суюқлиги айланишини тиклаш йўллари муаммолигича қолмоқда.

Илмий ишнинг мақсади: Киари аномалияси бўйича операция бўлган беморларда мия суюқлиги айланишининг тикланишини ўрганиш ва операциядан кейинги даврда орқа мия сирингомиелиясини қай даражада ўзгараётганлигини динамикада баҳолаш.

Материал ва методлари: Ушбу мақсадга эришиш учун РИНИАТМ Наманган филиалида даволанган ва операция қилинган 40 нафар Киари аномалияси билан оғриган беморлар ўрганилди. Беморлар операциядан олдин неврологик ҳолати текширилди, бош мия ва орқа мия бўйин қисми МРТ томографияси филинди. Томографияда мияча бодомча қисмини калла асоси катта тешигига тикилганлик даражаси, орқа мия бўйин қисми сирингомиелия даражаси текширилди. Операциядан кейинги даврда ҳам беморларга қайта МРТ текшируви қилиниб, сирингомиелия даражаси баҳоланди ва динамикада ҳандай ўзгарганлиги баҳоланди.

Натижалар: Беморлар неврологик текширувдан энг кўп учровчи симптомалар бу энса соҳасидаги бош оғриши – 90% беморларда, қўллар увишиши 60% ҳолатларда, вегетатив симптоматика – 50% беморларда учраганлиги аниқланди. МРТ текширувида ҳамма беморларда мияча бодомчасимон қисми калла асоси катта тешиги сатҳидан 5 мм дан кўпроққа тушганлиги аниқланди. Шулардан 30% беморда тушиш даражаси 15 мм дан юқори бўлди. Бўйин соҳаси МРТ текширувида 40 бемордан 12 нафариди сирингомиелия борлиги аниқланди. Сирингомиелия қалинлиги 1 ммдан 14мм га тенг бўлди. Ўртача кенгайиш даражаси 4 мм ни ташкил қилди. Операциядан кейинги МРТ текширувида сирингомиелия қалинлиги текширилди. Бунда ҳар бир беморда сирингомиелия қалинлиги нисбатан кичрайганлиги кўрилди. Марказий канал қалинлик даражаси ўртача 2мм ни ташкил қилиб, энг катта қалинлик 8 мм ни ташкил қилди.

**Хулоса:** Киари аномалиясида 30% ҳолатларда сирингомиелия кузатилди. Операциядан кейин ушбу беморларда сирингомиелия даражасини 50% га камайганлиги аниқланди. Келажакда сирингомиелия динамикада ўзгариш даражасини объектив баҳолаш усуллари ишлаб чиқиш лозимдир.

## АХИЛЛ ПАЙИ ЭСКИРГАН ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ 1-БАРМОҚ УЗУН БУКУВЧИ ПАЙИНИ ТРАНСПОЗИЦИЯ УСУЛИ БИЛАН ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Равшанов Ш.Н., Хасанбоев С.Х., Эргашов М.М., Иботов Б.И.,  
Худоёров Ф.Р., Нематжонов Б.О.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва  
Ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази.

**Кириш:** Ахилл пайи одам организмидаги пайларнинг энг мустаҳкамларидан биридир. Ахилл пайи жароҳати инсонларда йилига 5.5 дан 18:100000 нисбатни ташкил қилади ва охириги 10 йиллик ичида бу нисбат ортиб бормоқда. Ахилл пайи жароҳатлари умумий пай жароҳатларининг 23% ташкил қилади. (Ахилл пайи узулишига олиб келадиган асосий омиллар куйидагилардир: тўғридан-тўғри шикастланиш, узоқ муддатли тендинопатия ёки ички дегенератив ўзгаришлар, машғулотдан олдин ёмон жисмоний тайёргарлик, баъзи спорт турлари билан шуғулланиш (теннис, баскетбол, енгил атлетика), кортикостероидлардан (спонтан узулиш) узоқ муддатли фойдаланиш, ҳаддан ташқари кучланиш, антибиотикларни қабул қилиш гиперхوليستيرинэмия, ревматоид артрит, буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда узоқ муддатли диализ олиши, ва буйрак трансплантацияси ўтказилган беморларда кўп учраши аниқланган.

Тадқиқотнинг мақсади. Ахилл пайининг эскирган жароҳатларида хирургик даволаш усулини танлаш ва уни такомиллаштириш.

Материал ва методлар. Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказининг “Қўл ва оёқ панжаси хирургияси” бўлимида 2019 йилдан 2023-йилларида 96 нафар ахилл пайи жароҳати ташхиси билан даволанган беморда изланиш олиб борилди. Бунда беморларда УТТ, рентгенография, МРТ ва клиник текширув усуллари билан фойдаланилди. Беморларнинг 96(26) аёллар ва 96(70) нафари эркакларни ташкил қилади.

Ёш чегараси аёллар 17 ёшдан 70 ёшгача. Эркаклар 13 ёшдан -67 ёшгача. Беморларнинг 54

нафарида ахилл пайи эскирган жароҳатлари аниқланди ва эскирган жароҳатларнинг 33 нафарида 1 бармоқ узун букувчи пайи (FHL) транспозитсияси амалга оширилди. Қолган 21 беморларда ахилл пайлари Чернявский, (V) ва (Y) симон ҳолатда тикланди. Беморларнинг 33 нафарида транспозиция бўлган беморларнинг 9 нафари Хаглунд деформация ҳисобига дегенератив жароҳатланганлар. 9(6) аёл.9(3) эркак. Қолган 24 нафар бемордан 24(14) эркаклар. 24(10) аёллар.

Натижа. Барча беморларда операциядан кейинги даврда функционал ҳолатнинг сезиларли яхшиланиши ва оғриқнинг пасайиши кузатилди. Бемор мустақил ҳаракатланиши учун ўртача тикланиш вақти 6-8 ҳафтани ташкил этди ва тўлиқ тикланиш 6-12 ой ичида кузатилди. Тадқиқотимиз давомида 96 нафар бемордан 1 нафарида қайта узулган ва 1 бармоқ букувчи пайи кўчирилди, 1 беморда терида дефект шаклланди ва тери пластикаси амалга оширилди. 1 беморда операция соҳасида оғриқ пайдо бўлган беморда ипак билан тикланган ахилл пайи сўнг ипаклардан тозаланди. Терида некроз шаклланди. Тери пластикаси амалга оширилди. Қолган беморларда қайта жароҳатланиш кузатилмади.

Хулоса. FHL пайи транспозицияси эскирган жароҳатлар учун механик мустаҳкам усул ҳисобланади. Бу айниқса фаол ҳаёт тарзи билан шуғулланадиган ёки спорт билан шуғулланадиган беморлар учун муҳимдир. Бундан ташқари, бу усул бемор ҳаракат

фаолиятини тезроқ ва яхшироқ тикланишни таъминлаб, эрта реабилитация қилиш имконини беради ва болдир орқа гуруҳ мушаклари атрофияси ривожланиш эҳтимолини камайтиради.

## **ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СУТ БЕЗИ РАКИ ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**Расулова Д.К., Махмуджонова С.Ш., Урманбаева Д.А.  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаммонинг долзарблиги: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг канцер-регистри билан тиббий статистика бўлими маълумотлари бўйича, нафақат Ўзбекистонда, балки Андижон вилояти аёлларида кузатилган онкологик касалликлар структурасида ҳам муқим биринчи ўринни эгаллаб келмоқда. Ёшга нисбатан таҳлилларда ҳам барча ёш тоифаларида ушбу патологиянинг барқарор ўсишини кузатамиз.

Тадқиқотнинг мақсади: Андижон вилоятида фертил ёшдаги(17-39 ёш) аёллар аҳолиси орасида сут беzi саратони ва саратонолди касалликларини профилактик чора-тадбирларни қўллаш билан эрта ташхислашни самарадорлигини ошириш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари: Биз олдимизга қўйган мақсадимизни амалга ошириш учун профилактика мақсадида "Андижон вилояти Абу Али ибн Сино номидаги Жамоат саломатлиги техникуми" талаба қизлари ва ўқитувчиларининг фертил ёшдаги(17-39 ёш) 50 нафарини ажратиб олдик. Ушбу аёл-қизларни шикоятлари ўрганиб чиқилди, объектив кўрув ва сут безлари пальпатор текширув ўтказилди ва натижаларни таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг натижаси: Тадқиқотга жалб қилинган 50 нафар фертил ёшдаги(17-39 ёш) аёл-қизлар шикоятлари, объектив кўруви ва пальпатор текширув натижаларига кўра аёл-қизларни 78% ини соғлом аёллар ташкил қилди, 22%ини эса рак олди касалликларига хос симптомлар аниқланди. Аниқланган касалликларни таҳлил қилганимизда эса Тугунли мастопатия-18%, Фиброз-кистоз мастопатия-64%, Замбуруғли дерматит-9%, Ўчоқли мастопатия-9% ни ташкил қилди. Ўтказилган текширувни такомиллаштириш ва якуний ташхисни шакллантириш мақсадида 22% аёллар УТ текширувига жалб қилинди ва даволаш-профилактик чора-тадбирлар ўтказилди. Фертил ёшдаги қизлар ўртасида кўнгилли волонтерлар гуруҳи ташкил қилиниб, сут беzi профилактик тадбирлари кенг оммага тарғиб қилинди. Ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, Сут беzi рак олди касалликлари нафақат 40 ёшдан катта аёлларда балки 40 ёшгача бўлган аёлларда ҳам учраётганлигини ва эрта ташхислаш самарадорлигини ошириш керак эканлигини кўрсатади.

**Хулоса:** Ушбу тадқиқот сут беzi рак олди касалликларини ёш контингентига кўра фертил ёшдаги аёл-қизларда эрта ташхислаш ва сут беzi ракини олдини олиш мақсадида профилактик чора-тадбирларни амалга оширишни такомиллаштириш зарурлигини, аёл ва қизлар ўртасида ўз-ўзини текшириш амалиётини кенг тадбиқ қилишни, касалликка гумон бўлганда сут беzi УТТ текширувига жалб қилишни кўрсатди.

**ЎРТА НЕРВ ( N.MEDIANUS) НИНГ ШИКАСТЛАРИДА МАГНИТ-РЕЗОНАНС  
ТАМОГРАФИЯ ВА УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА  
ТАШХИСЛАШ ҲАМДА МИКРОЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА  
ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**Роззоков Д.Т., Югай И.А., Мамадиев У.Б., Холбоев У.Б.,  
Сурхандарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази.**

Долзарблиги: Кўплаб травмалар каби периферик нерв системаси турли этиологияли шикастланишлари ривожланиб бораётган тиббиётнинг долзарб муоомоларидан бири ҳисобланади. Периферик неврал шикастланишлари сабаблари турлича бўлиб, булардан асосийси- неврал травмаси ҳисобланади. Периферик неврал шикастланишлари барча травмалар ичида учраш частотаси 1,3-2.3 % ни ташкил этади. Ўрта нерви(N.MEDIANUS)нинг жароҳатланиш кўрсаткичи периферик неврал ичида 13-26% ни ташкил этади. Бу эса ўз навбатида шикастланганлар ногиронлиги ҳамда ижтимоий ва касбий лаёқатсизлиги каби бир қатор муоммоларни олиб келади ҳамда социал ва тиббий ҳаётга ўз таъсирини кўрсатмай қолмайди.

Тадқиқот мақсади: Тадқиқотдан мақсадимиз шуки, ўрта нервнинг турли даврларда яъни эрта ва кечиккан посттравматик шикастланишлари билан мурожаат қилган беморларда кўрсатма асосида ЭНМГ текширувларига қўшимча равишда кўрсатма асосида МРТ( Магнит резонанс тамографаия) ва УТТ (Ультратовуш текшируви) дан самарали фойдаланган ҳолда медикаментоз ёки хирургик даво тактикасини аниқ кўрсатма асосида ўтказиш, ҳамда МРТ ва УТТ хулосасига асосан, консерватив ёки оператив давога муҳтож беморларда микрохирургик даво қўллаш орқали беморларга сифатли юқори тиббий ёрдам кўрсатиш.

Тадқиқот усуллари: Ўрта нервнинг посттравматик шикастланишларида, шу жумладан, травма ўчоғи –елка-билак соҳаси ўрта нерв шикастланишлари билан турли даврий муддатда 2022-2024 йиллар оралиғида Сурхандарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази Нейрохирургия бўлимига мурожаат қилган 15 нафар бемор танлаб олинди. Беморлардан заруратга қараб, касаллик анамнези ва мурожаат қилгунга қадар олган даво муолажалари ва динамикада клиник неврологияси ўтказилган диогностик текширувлари батафсил ўрганилди. Беморлар қайта динамик ЭНМГ ҳамда барчасида курсатма ва заруратга қараб МРТ ва УТТ текширувидан элка билак соҳаси утказилиб ўрта нерв ҳолати ўрганилди.

**Тадқиқот натижалари:** Бизга мурожаат қилган беморларда ўрта нервнинг шикастланиш даврига ва беморларнинг бизга мурожаат қилган вақтига қараб бир қанча текширувлар бирламчи ёки ЭНМГ( нерв ўтказувчанлиги ҳолатини аниқлаш учун) текширувлари ўтказилди ҳамда нерв ўтказувчанлиги ҳолати динамик кузатилди. Аммо барча беморларда яъни эрта ва кеч мурожаат қилган динамик ижобий ўзгариш суст ёки умуман бўлмаётган беморлар кўрсатма асосида МРТ ва УТТ текширувидан ўтказилди. МРТ ва УТТ натижасига кўра, ўрта нервнинг тотол узилиши, қисман узилиши, чоклар, ён атроф тўқималар компрессияси кўринишидан иборат турли шакллари аниқланди. Шу жумладан, мурожаат қилган 12 нафар бемордан 8 нафари УТТ текширувидан ўтказилди, чок ва ён атроф чандикли тўқималар компрессияси аниқланди. 4 нафар бемор суягида муоммо борлигига шубҳа ва УТТ кўриш юзаси чекланганлиги сабабли МРТ текшируви ўтказилди ва тотол проксимал ва дистал соҳага ажралиши аниқланди. Аниқланган хулосаслар асосида беморларга хирургик ёрдам- декомпрессион невролиз, нейрорафия, невротизация қилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ўтказилган хирургик даводан сўнг беморлар медикаментоз ва физиотерапевтик йўналтирилди.

**Хулоса:** Ўрта нервнинг посттравматик шикастланишларида кўрсатма асосида МРТ ва УТТ текшируви ўтказиш нерв устунни ва ён атроф тўқималари анотомик ҳолати ҳақида батафсил маълумот беради. Шу қаторда ўтказилган асосий ва қўшимча текширувлар МРТ, УТТ, ЭНМГ текшируви хулосасини жамлаб беморларга тўғри даво тактикаси, яъни медикаментоз ва микрожарроҳлик усулини қўллаш орқали даво самарадорлиги ошишига олиб келади.

## **ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА ЎПКА СИЛИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ЖОЙЛАШУВИ БЎЙИЧА УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ**

**Розиқов М.М., Мамасолиев Н.С., Кучкорова М.Ф., Усмонов Б.У.**

**РШТЁИМ Андижон филиали  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Ишнинг мақсади: Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силининг рентгенологик хусусиятларини ўрганиш. (Андижон вилояти фтизиатрия диспанцери мисолида)

Текширув материаллари ва усуллари: махсус 3 йиллик эпидемиологик ва клинко-метеорологик текширувда 600 нафар қандли диабет билан касалланган ўпка сили билан хасталанган беморлар ўрганилди. Беморларда эпидемиологик, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик ва статистик текширув усулларидан фойдаланилди

Натижалар ва хулосалар: ҚД2ЎСқ да рентгенологик кўринишлар сил касаллиги жойлашувига хос бўлиб, 12 турга бўлиниб, эркак ва аёлларда тафовут билан қуйидаги тарқалиш частоталарида аниқланди: иккала ўпкада фибротик ўзгаришлар – 3,4% ва 2,6%, чап ўпкада фиброз – каверноз сояланиш – 1,5% ва 2,2%, ўнг ўпка пастки бўлагидаги соя 3,4% ва 3,7%, чап ўпка пастки бўлагида сояланиш – 0,0% ва 1,15%, ўнг ўпка юқори бўлагида сояланиш 13,6% ва 10,7%, чап ўпка юқори бўлагида сояланиш – 6,4% ва 6,6%, иккала ўпка инфилтратив сили – 0,6 % ва 0,7 %, ўнг ўпка юқори бўлаги инфилтратив сили – 2,4% ва 2,2%, иккала ўпкада сояланиш – 13,7% ва 11,8%, ўнг ўпкада сояланиш – 24,1% ва 24,3% ва чап ўпкада сояланиш – 24,1% ҳамда 24,3%.

Хулоса қилиш мумкинки, рентгенологик кўринишлари бўйича қандли диабетли беморларда ўпка сили юқори частоталарда ўнг ўпкада ва ўнг ўпка юқори бўлагида жойлашуви билан тасдиқланади. Нисбатан кам частота билан шундай жойлашувли ўпка сили, ҚД фониди, чап ўпкада ҳам қайд қилинади. Ўпканинг пастки бўлақларидаги жойлашув энг кам частоталарда (0,6% дан 1,5% гачани ташкил қилиб) кузатилади. Энг кўп частотада рентгенологик – “сояланиш” симптоми (13,6% га етиб) ва энг кам частота билан инфилтратив (0,6%) ва фибротик ўзгаришлар (2,6%) рентгенологик текширувда тасдиқланади.

## **АНДИЖОН ШАРОИТИДА ГЛАУКОМА ХУРУЖИНИНГ ХОС ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ**

**Рустамжонов А.Б., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.**

**Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Андижон**

Тадқиқот мақсади – Андижон шароитида глаукома хуружининг (ГХ) хос эпидемиологик тавсифини ўрганишдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Кўп йиллик эпидемиологик мониторинг сўровномали, клиник, биокимёвий ва инструментал текширув усуллари қўлланилиб амалга оширилди. Жами 524 популяция текширувга жалб қилинди ва уларда глаукома хуружи (ГХ) таҳлил қилинди.

Натижалар ва хулосалар. Мониторингга кўра, аҳоли орасида тиббий назорат даражаси етарли эмаслиги тасдиқланади. Шу сабабли, маълум бўлдики, Андижон шароитида аҳолисининг ҳар ўнинчисида (аёлларнинг ҳар еттинчиси ва эркакларнинг – ҳар ўн биринчисида) бирламчи ва иккиламчи дорили профилактика ўтказилмади, шу сабабли ГХ кузатилади. ГК қуйидаги эпидемиологик тавсифлар билан (тадқиқотнинг оралик натижалари) билан тасдиқланади: 1) ўртача тарқалиш частотаси 9,4%ни ташкил қилади; 2) охириги йилларда 2,3% га аниқланиш частотасининг камайиши кузатилади; 3) эркаклар ва аёлларда фарқланиб – 6,9% ва 11,1% дан аниқланади; 4) эркакларда ГХ – 1,5% га етиб камайиш частотасида аниқланади; 5) аёлларда – 7,8% га кўпайиб бориш билан тасдиқланади;

ГХ гендерлик хусусиятларини намоён этади ва лекин унинг ривожланишида гендер омилини таъсири эркаклар популяциясида клиник аҳамиятга эга бўлмаган [RR=0,6;  $\chi^2=2,69$ ; P=0,1; UU=0,33-1,17].

Аниқланган маълумотлар прогностик ва профилактик аҳамият касб этади.

## **ОИЛАДА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ КЎНИКМАЛАРИНИ ШАКЛЛАНТИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Саломова Ф.И., Шерқўзиева Г.Ф., Искандаров А.Б., Урманова Л.Д  
Тошкент тиббиёт академияси**

Тадқиқотнинг мақсади. Ўткир ичак касалликларига қарши курашда маълум ютуқларга эришилган бўлса ҳам, улар ҳамон кўп аҳоли ўртасида қайд этилмоқда. Аҳоли ўртасида турли касалликлар, хусусан юқумли касалликлар билан каслланишни олдини олишда оилада ёш ўсиб келаётган авлод таълим тарбияси ва турли касалликларда профилактик чора тадбирларни, ҳамда шахсий гигиена қоидаларининг роли ҳақида маълумот бериш катта аҳамиятга эга. Бизга маълумки барча юқумли касалликлар орасида ўткир ичак касалликлари кўпроқ учрайди. Ўткир ичак касалликлари дунёда ҳар йили тахминан 5 миллион ёш болаларни ўлимига сабаб бўлмоқда. Бактериал ичбуруғ муаммоси юқумли касалликлар патологиясида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, ҳанузгача долзарблигича қолмоқда. Маълумотларга кўра бактериал ичбуруғ билан касалланиш даражаси кўпчилик давлатларда, хусусан республикамизнинг айрим худудларида юқориликгача қолмоқда. Инсон ичбуруғ касаллигига юқори даражада берилувчандир, лекин бу касалликка кўпинча 3 ёшгача бўлган болалар чалинади. Катта ёшдаги кишиларга нисбатан 14 ёшгача бўлган болаларда касалланиш юқори даражада бўлиб қолмоқда. Ушбу касалликнинг ривожланишида айниқса атроф муҳит объектларининг хусусан, сув, озиқ-овқат маҳсулотлари ва турмушда ифлос қўл, уйрўзғор буюмлари (идиш-товоқлар ва бошқалар) муҳим рол ўйнайди. Шу билан бирга ёз-куз ойларида ичак инфекциялари тарқатишда пашша, суварак ва арилар ҳам катта роль ўйнайди. Айниқса аҳолини ичимлик суви билан таъминлашнинг яхшиланиши ичак касалликларининг мунтазам камайиб боришига имкон беради. Шу билан бирга озиқ-овқатни сақлаш қоидалари риоя этмаслик ҳам касалликнинг юзага келишига сабаб бўлади.

Тадқиқот натижалари. Юқоридагилардан келиб чиққан холда биз аҳоли ўртасида бактериал ичбуруғнинг эпидемиологик ҳолатини ретроспектив таҳлил қилдик. Кузатув йилида касалликнинг ёши буйича таҳлил натижалари қуйидагича: 1 ёшгача абсалют -4 интенсив кўрсаткич -7,0; 1-2 ёш абсалют -3 интенсив кўрсаткич-3,8; 3-5 ёш абсалют -0, интенсив кўрсаткич-0,9; 6-14 ёш абсалют -1, интенсив кўрсаткич-0,3; 15-17 ёш абсалют -0, интенсив кўрсаткич-0; 18 ёш ва катталарда абсалют -9, интенсив кўрсаткич-0,6; жаъми касалланганлар абсалют -17, интенсив кўрсаткич-0,8 ни ташкил этди. Бактериал ичбуруғ билан касалланган беморларнинг ижтимоий- касбий таркиби (1000 аҳоли гуруҳига нисбатан интенсив кўрсаткич) қуйидагича: уюшган ясли ёшидаги (1-2 ёш) болалар қайд этилмаган, уюшмаган ясли ёшидаги (1-2 ёш) болаларда абсалют -6, интенсив кўрсаткич-5,0; уюшган мактабгачаи ёшидаги (3-6 ёш) болалар қайд этилмаган, уюшмаган мактабгача ёшидаги (3-6 ёш) болалар абсалют -1, интенсив кўрсаткич-0,9; умумтаълим мактаб ўқувчиларида абсалют -1, интенсив кўрсаткич-0,4; қайд этилган. Тиббиёт ходимлари ,умумий овқатланиш ва савдо корхоналари ходимлар ва сув таъминоти ходимлари ўртасида аниқланмаган. Бактериал ичбуруғ билан касалланган беморларнинг тахмин қилинган ёки тасдиқланган юқиш жойи буйича маълумотлар таҳлилида қуйидагилар аниқланди: жаъми касалланганлар сони 17 та бўлиб улардан уйда -14 та ҳолат ва бошқа яъни юқиш жойи аниқланмаганларни эса -3 тани ташкил этди.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиққан холда ҳозирги шароитда ичак касалликларининг олдини олишда микроорганизмларнинг турмуш йўли билан тарқалишини бартараф этиш тадбирлари жуда муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун уйда овқат тайёрлашда озодаликка риоя қилиш ҳам катта аҳамиятга эга. Ҳар бир инсон ҳар қандай шароитда ҳам оддий гигиена қоидаларига амал қилиши керак. Айниқса болалар хоҳ уйда, хоҳ ясли, боғча мактаб ёки бошқа жойда бўлсин, овқатланишдан олдин қўлни ювишга одатланишлари керак, озодаликка риоя қилишлари зарур. Айниқса ёш болаларнинг ушбу кўникмаларга эга бўлишларида оила асосий ўринда бўлиши керак.

## **ТИББИЙ БИОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ИНТЕГРАЛ ЎҚИТИШНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Т.Сайдуллаев, Н.Курбанова**  
**Андижон давлат тиббиёт институти**

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев «Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз» асарида: “Биз ёшларга доир сиёсатини ҳеч оғишмасдан, қатъият билан давом эттираемиз. Нафақат давом эттираемиз, балки бу сиёсатни энг устувор вазифамиз сифатини бугун замон талаб қилаётган юксак даражага кўтарамиз. Ёшларимизнинг мустақил фикрлайдиган, юксак интеллектуал ва маънавий салоҳиятга эга бўлиб, дунё миқёсида ўз тенгдошларига ҳеч қайси соҳада бўш келмайдиган инсонлар бўлиб камол топиши, бахтли бўлиши учун давлатимиз ва жамиятимизнинг бор куч ва имкониятларини сафарбар этамиз”, деб алоҳида таъкидлаган.

Ҳозирги кунда долзарб муаммолардан бири, юқори малакали, замонавий илмий тафаккур ютуқларига, илғор технологияларга, хорижий тажрибаларга эга бўлган, рақобатбардош мутахассис кадрлар тайёрлашдан иборат.

Шахсга йўналтирилган таълим технологиясида ҳамкорликда ўқитиш (интеграл ўқитиш) муҳим аҳамият касб этади. Зеро, ҳамкорликда ўқитиш бу бирор вазифани, топшириқни ҳамкорликда бажариш эмас, балки ҳамкорликда ўқитишдир.

Хамкорликда ўқитиш- бу фанлараро бўлиб, мавзулари бир-бирига яқин ўзаро тўлик натижага эришилади. XX асрнинг 20-йилларида хамкорликда ўқитишга асос солинган. 1980 йилларнинг бошларида Буюк Британия, Германия, Япония, Исроил каби қатор давлатларнинг таълим муассасаларида хамкорликда ўқитиш усулининг назарияси ва амалиёти тўғрисида матбуотларда маълумотлар эълон қилинди.

Хамкорликда ўқитиш жараёнида асосан талабаларни фан асослари билан таништириш, уларни билим, кўникма ва малакалар билан қуроллантириш, дарсларда мунозарали ўқув бахсини ташкил қилиш каби ғоялар ётади. Бу талабалар ўртасида ақлий меҳнатга тайёрланиш, ижодий ва мустақил фикр юритишга, шахс сифатида ўзларини эркин тутиб ўқишга онгли, масъулият билан ёндошишга ҳамда ўз сафдошлари билан хамжихатликда, хамкорликда ишлашга даъват этади.

Шуни қайд этиш жоизки, хамкорликда ўқитишда ўқув маълумотларини ўзлаштириш самарадорлиги бошқа ўқитиш усулларига нисбатан юқори бўлади.

Хар қандай интерфаол усул тўғри ва мақсадли қўлланилганда талабаларни мустақил фикрлашга, янги билим, кўникма ва малакаларини оширишига имкон яратади.

### **АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК – КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ (АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИ МИСОЛИДА)**

**Турсунов Ж.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Қурбонова Р.Р.  
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ**

**Тадқиқот мақсади** – артериал гипотониянинг замонавий эпидемиологик – клиник хусусиятларини Андижон шароитида аниқланилгандан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Андижон шароитида ташкил қилинди ва амалга оширилди. Эпидемиологик – клиник текширув усуллари қўлланилиб  $\geq 18-70$  ёшли 2230 та аҳоли текширилди.

Натижалар ва хулосалар. Олинган маълумотлар артериал гипотензияни мустақил нозологик бирлик сифатида кўриб чиқишга имкон беради. Фермерлик меҳнати билан шуғулланувчи аҳоли орасида артериал гипотензиянинг тарқалиш частотаси 11,5% ни ташкил қилади (эркакларда-12,5% ва аёлларда-10,5 %). Аҳоли орасида “артериал гипотензияни хос конструкция”си ижтимоий, оилавий ва меҳнат омиллари таъсирида шаклланади. Унинг келиб чиқиши хавфини оширадиган “кучли номақбул майдон” бўлиб 31-49 ва 18-30 ёш интерваллари тасдиқланади. Касалликни “эпидемиологик ташҳиси” бўйича мавжуд стратегиялар такомиллаштирилса фермер аҳолида гипотоник хавф ва асоратлар 15,0 фоизга етиб камаяди, даволаниш самараси беҳавфланиб 25 фоизгача кучаяди.

Ушбу тадқиқотга кўра, артериал гипотензиянинг доклиник ва клиник босқичларида бўлган фермерлар популяциясида предиктор-хавф омиллари сезиларли даражада кенг тарқалган: чекиш-50,0 фоиз, ирсий мойиллик-25,6 фоиз, алкоголь истеъмоли-11,3 фоиз, семизлик-22,0 фоиз, қандли диабетни 2-тури -6,0 фоиз, дислипидемия-5,3 фоиздан тасдиқланади ва уларнинг барчаси эркакларда юқори тарқалиш частотаси билан ифодаланади.

Жисмоний меҳнат билан шуғулланувчи аҳолида артериал гипотензия аксарият 5 гуруҳ клиник симптомлар билан аксарият ифодаланиб кечади: кардиоцеребрал симптомлар (51,4 фоиз), респиратор симптомлар (13,3 фоиз), гастроэнтерологик симптомлар (17,8 фоиз), гломеруляр симптомлар (15,0 фоиз) ва ревматологик симптомлар (9,0 фоиз) устуворлиги тасдиқланади. 39,6 фоиз аниқланиш частотаси

билан артериал гипотензия учун “нохос симптомлар коморбидлиги” (бел оғриғи, кўнгил айниши, кекириш, зарда бўлиш, қайд қилиш ва абдоминал оғриқлар тимсолида ифодаланувчи) кузатилади.

### **АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ АНИҚЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Турсунов Ж.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Қурбонова Р.Р.  
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ**

Тадқиқот мақсади – аёллар популяциясида артериал гипотониянинг аниқланиш хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Бир вақтли эпидемиологик тадқиқотда 1113 нафар  $\geq 18-70$  ёшли қишлоқ аёллар популяцияси тадқиқ қилинди. Унифицирланган клиник – эпидемиологик текширув усуллари қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар. Аёллар популяциясида артериал гипотония 10,5% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади. Турли ёш гуруҳларида тафовутланиш билан ифодаланиб тасдиқланади: 18-30 да – 12,6%, 31-49 да – 14,3%, 50-69 да – 3,7% ва 70 ёшдан ошганларда – 4,5%.

Ижтимоий – оилавий ва касбий омиллар таъсирида артериал гипотония аёлларда сезиларли фарқланиб хос тарқалиш частотаси билан аниқланади: беваларда – 10,5%, оиладан ажрашганларда – 4,8%, турмуш қурганларда – 13,8%, турмуш қурмаганларда – 3,6%, ўрта маълумотлиларда – 13,7% ва олий маълумотлиларда – 8,9% дан.

Ушбу эпидемиологик хусусиятларни ҳисобга олиб артериал гипотонияни бирламчи профилактикасини амалга ошириш, бизнинг таҳлилий натижаларимиз бўйича, касалланиш хавфини ёки асоратланишларини 11,0% дан 15,0% гача камайтиради. Фармакохавф 25% га камаяди ва терапевтик самара ҳар тўртинчи беморда ортади.

### **АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ ПРЕМОРБИД ФОНИНИНГ ТАВСИФИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ)**

**Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Ж.Х., Қурбонова Р.Р.  
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Андижон**

Тадқиқот мақсади – Андижон шароитида артериал гипотония (АрГт) преморбид фонининг тавсифини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Андижон қишлоқ аҳолиси популяциясида (2182 нафар) артериал гипотониянинг тарқалиш хусусиятлари бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил қилиниб ўрганилди ва баҳоланди.

Эпидемиологик, клиник, биокимёвий ва инструментал текширув усуллари қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар. Аҳолида АрГт нинг келиб чиқишига ёки шаклланиб боришига 29 та омил сезиларли даражада патоген таъсирини кўрсатади: 2 та ижтимоий омиллар, 12 та ЮҚТК нинг хатар омиллари, 10 та коморбидлик омиллари ва 5 та “коморбид симптомлар”.

Нисбатан кучли таъсири ва боғланишлик даражасини ( $P < 0,01$ ) куйидагилар кўрсатиб тасдиқланишади: номақбул оилавий шароит, маълумотлилиқнинг пастлиги, чекиш, алкохол истеъмоли, дислипидемия, 18-49 ёш, пиелонефрит, панкреатит, ичак

таъсирланиш синдроми (колит), гастрит, кардиоцеребрал симптомлар, респиратор симптомлар, гастроэнтерал ва гломеруляр симптомлар.

Сезиларли ва лекин нисбатан кучсиз хатар омиллари сифатида, АрГт15 шаклланишига нисбатан 15 ХО тасдиқланади: ирсий мойиллик ( $P<0,05$ ), семизлик ( $P<0,05$ ), ҚД 2 ( $P<0,05$ ), гиподинамия ( $P<0,05$ ), номунтазам овқат қабул қилиш ( $P<0,05$ ), гиперстеник тана вазни ( $P<0,05$ ), кахексия ( $P<0,05$ ), жинс ( $P<0,05$ ), юрак етишмовчилиги ( $P<0,05$ ), юрак ишемик касаллиги ( $P<0,05$ ), кардиоаритмиялар ( $P<0,05$ ), юракнинг сурункали ревматик касаллиги ( $P<0,05$ ), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ( $P<0,05$ ), ошқозон яра касаллиги ( $P<0,05$ ) ва ревматологик симптомлар ( $P<0,05$ ).

Ушбу натижалар АрГт ни донозологик босқичида барвақт аниқлашда ва фаол бирламчи профилактика натижавийлигини таъминлашда 48,3 фоиздан 51,7 фоизгача аҳамият касб этади. АрГт билан беморлар диспансеризацияси ва иккиламчи профилактикасининг тиббий-иктисодий самарадорлигини 88,6 фоизгача оширади. Иккинчидан, улардан прогностик шкала тузишда фойдаланиш мумкин бўлади.

### **БРОНХИАЛ АСТМА ОҒИР ШАКЛИНИ АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИНING ХУДУДИЙ ЖИХАТЛАРИ (КЎП ЙИЛЛИК ЭПИДМОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ**

**Турсунов Х.Х., Холиқова Н.А., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А., Джалилова М.М.  
РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти**

Тадқиқот мақсади – Андижон шароитида бронхиал астманинг оғир шакли (БАОШ) аниқланиш частотасини ҳудудий жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Ретропроспектив 21 йиллик эпидемиологик тадқиқотда 1663 нафар БАОШ таҳлил қилиниб, баҳоланди. Комплекс текширувда сўровномали, физикавий, лаборатор, асбобий ва статистик усуллар қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар. БАОШ 5,4% тарқалиш частотаси билан аниқланади, эркакларда – 5,2% ва 18-90 ёшли аёлларда – 5,4% дан ( $P>0,05$ ) тасдиқланади. Қиёсан юқори частотада тарқалиш билан БАОШ 18-44 ёшлиларда (5,9%), 45-59 да (5,7%) ва 60-74 ёшлиларда (5,2%) кузатилади, нисбатан кам даражада – 75-90 ёшлиларда (4,1%) қайд қилинади.

Ёшга боғлиқ ҳолда эркак ва аёлларда тафовутланиб, қуйидагича аниқланиш частотасида тасдиқланади: 18-44 ёшда – 1,9% ва 7,7% дан, 45-59 да – 7,1% ва 5,2% дан, 60-74 да – 6,6% ва 4,3% дан, 75-90 да – 2,7% ва 5,1% дан ( $P<0,05$ ).

БАОШ преморбид фонини унинг хатар омилларидан ташқари назоратланмаган бронхиал астма (НБА) асосан ташкил қилади.

Назоратланмаган бронхиал астмада ҳам текширилган 18-90 ёшли аҳоли орасида гендер хусусиятларига кўра деярли ўхшаш эпидемиологик қонуният аниқланди. Чунончи, НБА ривожланишида турли ёш гуруҳлари омили таъсири мавжуд эмаслиги тасдиқланди ( $RR=0,85; 1,06; 1,01; 1,08$ ). Бундан ташқари, ёшга боғлиқ ҳолда БА тарқалишининг гендер хусусиятлари ҳам, 20 йиллик проспектив таҳлиллар ҳам ўзига хос жиҳатларни кўрсатди. НБА тарқалганлигининг юқори частоталари 75-90 (52,2%), 60-74 (49,1%) ва 45-59 ёш (50,8%) гуруҳларида аниқланди. Айнан тарқалиш частотасида ёшга боғлиқ ҳолда жинсга кўра, қуйидаги фарқлар аниқланди: 18-44 ёшда – 39,2%, 44,3% ( $P<0,05$ ), 45-59 ёшда – 50,4%, 51,0% ( $P<0,05$ ), 60-74 ёшда -48,5%, 49,5% ( $P<0,05$ ), 75-90 ёшда -56,4%, 49,4% ( $P<0,05$ ). Бундай тенденция, тадқиқотни амалга

ошириш жараёнидаги таҳлилларга кўра геронт ва катта ёшдаги БАли беморларда коморбидлик фони ошиб борганлиги билан тушунтирилиши мақсадга мувофиқдир.

## **ТИРСАК БЎҒИМИ ВАЛЬГУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ**

**Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю.,**

**Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия  
илмий-амалий тиббиёт маркази**

Дунё миқёсида, болаларда тирсак бўғими шикастланишларини даволаш турли сезиларли қийинчиликларни туғдириб, ҳозирги кунгача болалар травматологиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу қийинчиликлар болаларда тирсак бўғими шикастланишларининг турли туманлиги, тирсак бўғимининг жароҳатга бўлган реактив жавоби ва бу ёшда репаратив жараёнларнинг жадал кечиши билан характерланади. Кўпчилик ҳолатларда, даволанишдан кейинги тирсак соҳасида ўсишнинг давом этиши, турли хил жарроҳлик амалиётларидан кейинги жароҳатланишлар ва ҳаттоки, даволашнинг кечикиши оқибатида бу деформациялар катта ёшга ўтиб кетиши кузатилади. Ҳар хил ёшда суякларнинг жарроҳлик амалиётларидан кейинги битиш муддатларининг турли туманлиги туфайли, деформацияларни турли ёшларда бир хил усулда даволашнинг имконияти чегараланган. Чунки 10-12 ёшгача бўлган беморларда тирсак бўғими деформацияларини ташхислаш ва даволашнинг кўпчилик чоралар ишлаб чиқилган бўлиб, бу ёшларда даволаниш натижалари юқори, лекин, беморлар ёши улғая бориши билан бу беморларда даволаниш натижадорлиги пасайиб, асоратлар улуши ошиб боради. Шу сабабли, бу деформацияларни кўп йиллар давомида этапли операциялар билан даволаниши ва кейинчалик тирсак бўғимининг функционал ҳолатининг тикланиш даврининг чўзилиши бу патология билан шуғулланиш кераклигини англатади [Julfiqar, Ajaу Pant, 2013]. Тирсак бўғимининг вальгусли деформациясига, тирсак нерви аксонотмезиси орқали юз берувчи периферик нейротрофик ўзгаришларга олиб келувчи асосий омил бу елка суяги бўғим юзи бошчасининг сохта бўғимидир. Бундай ҳолатларда тирсак бўғими вальгусли қийшиқлигининг асоратланган турларида жарроҳлик амалиётини бажариш вақти, унинг ҳажми ва ҳаттоки тўғри даво тактикасини танлаш ҳам ўта мураккабдир. Бугунги кунда бу патология ижтимоий ва иқтисодий муаммога айланиб бормоқда, шунинг учун бу патологияси бўлган болалар доимий ногирон бўлиб қоладилар.

Мақсад: тирсак бўғим вальгусли деформациялари мавжуд бўлган турли ёшдаги беморларни ташхислаш ва даволаш усуллари такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: РИТОИАТМ Умумий Ортопедия бўлимида 2021-2023 йиллар давомида тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини ташхиси билан 25 та бемор даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 7 ёшдан 30 ёшгача. Кузатувдаги беморлар жароҳатдан кейин 2-7 йиллардан сўнг мурожат қилиб келишган. Беморларга асосан яшаш жойида биринчи ёрдам кўрсатилган ва гипс боғламда даволанган. Ўғил болалар 10 та, киз болалар 15 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама жароҳат асорати 12 та, чап томонлама жароҳат асорати 13 та беморда кузатилган. Бу беморларнинг барчаси Рентген, МСКТ, ЭНМГ текширувларидан ўтказилди. Бўлимда даволанган 25 та бемордан 25 тасида оператив муолажа ўтказилди. Оператив даволанган 25 та бемордан 11 тасида икки этапли

операция қилинди, 14 та беморда бир этапли оператив муолажа бажарилди. Операциядан сўнг 12-14 суткаларда жароҳатдаги чоклар олинди. Икки этапда қилинган операцияларда елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар, сихлар va Pizarov apparati ёрдамида остеосинтез қилинди. Илизаров аппаратида остеосинтез қилинганда бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан сўнг (6-8 ҳафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида ҳаракатлар бажаришга руҳсат берилди. Бир этапда бажарилган операцияларда эса елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар ёрдамида остеосинтез қилиниб елка суяги дўнглари устидан коррексияловчи остеотомия қилиниб Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтез қилинган. Бу беморларда елка суягида бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан сўнг (6-8 ҳафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида актив ҳаракатлар бажаришга руҳсат берилди.

Натижалар: Яқин ва узоқ натижалар 6 ойдан 2 йилгача бўлган вақт оралиғида ўрганиб чиқилди. Олинган натижалар беш баллик шкалада баҳоланди. Яхши натижалар 90%ни ташкил қилди, қониқарли натижалар 10% ни, қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Хулоса: хулоса қилиб айтганда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини даволаш ҳозирги кунда долзарблигича қолмоқда. Асоратли ҳолатларнинг келиб чиқиши асосан беморларнинг кеч мурожати, ўз вақтида тўғри ташхис қўйилмаганлиги, ўз вақтида оператив даво бажарилмаганлиги билан боғлиқ. Тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини замонавий усулда ишлаб чиқилган даволаш усули ўз оптималлигини кўрсатмоқда. Бу усулни юқоридаги жароҳатларда қўллаш, Иммобилизация вақтини қисқаришига, беморни тирсак бўғимида контрактура келиб чиқишини олдини олишга, бўғими функционал ҳолатини тўлиқ тиклаш имконини беради.

## **ГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ ТАХМИН ҚИЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ КИЧИК ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚўЛЛАШ ЁРДАМИДА КОМПЛЕКС ТЕКШИРУВ**

**Ҳақимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Бозорова Х.Я.**

**Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий амалий тиббиёт маркази**

Генитал туберкулёз, бепушт аёллар орасида 15—20 %, аёллар жинсий органларининг сурункали яллиғланган касалликлари орасида эса - 10—15 % ҳолатларда аниқланыпти (Корнилова З.Х. и др., 2011; Кульчавеня Е.В. и др., 2015; Ҳақимов М.А. и др. 2021). Генитал туберкулёз бўйича хавф гуруҳидаги бепушт аёлларни олиб боришда ягона стандартнинг йўқлиги, касалликни ўз вақтида аниқлашнинг имконини бермайди.

Текширишнинг мақсади: Генитал туберкулёз диагностикасида эндоскопик ва молекуляргенетик текширувларнинг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИФваПИАТМ нинг базасида 2016-2021 йилларда генитал туберкулёз тахмин қилинган хавфли гуруҳларда 389 нафар бепушт аёллар текширилди. Комплекс текшириш натижасида улар икки гуруҳга ажратилди: 1-чи гуруҳ (асосий) – 56 генитал туберкулёз бўлган бепушт аёллар ва 2-чи гуруҳ (назорат) – 333 туберкулёз этиологияси бўлмаган бепушт аёллар. Беморларга умумий ва махсус текширувлар ўтказилди: анамнезни йиғиш, кўрув, бачадон найчаларини бимануал, гистеросалпингография (ГСГ), кичик тос органларининг эхографияси, менструал қон, асцитик суюқлик, казеоз массалар, цервикал каналдаги ажралмаларни микробиологик

ва молекуляр-генетик текшириш, бачадон найчалари, коринпарда, тухумдонларни биопсия билан лапароскопик текшириш, 2ТБ туберкулин ва Диаскинтест намуналари ўтказилди. Диагностик материални микроскопияси намуналарни Цил-Нилсен бўйича бўялгандан кейин ўтказилди. Бактериологик текшириш учун материал намуналарини MGIT йўли билан суяқ муҳитга ва Левенштейн-Йенсен йўли билан қаттиқ муҳитга экиб ўтказилди.

Натижалар: Туберкулёз микобактериялари 56 (14,4%) нафар аёлларда ажратиб олинди, улардан 40 (71,4%) нафарида молекуляр-генетик усул натижалари мусбат бўлиб чиқди, 13 (23,2%) нафарида – микроскопик усуллар ва 3 (5,4%) нафарида – бактериологик усуллар мусбат натижа берди. Асосий гуруҳдаги миждозларга ГСГ бажарилганда, 41 (73,2%) нафар аёлларда туберкулёзга хос белгилар қайд этилди. Асосий гуруҳдаги 18 (32,4%) нафар аёлларда цервикал каналнинг узайганлиги ва кенгайганлиги, 24 (42,6%) – нафарида бачадон бўшлиғининг қисман ёки тўлиқ облитерацияси, 34 (60,7%) беморда эса – бачадон найчаларининг ампуляр қисмида гидросалпинкси мавжуд дивертикулсимон кенгайиш аниқланди. Бачадон найчаларининг “чекадиган трубка” типидagi деформацияси генитал туберкулёз бўлган 21,4% аёлда аниқланди. Бачадон найчаларининг “Маржон”, “чётка” типидagi ўзгаришлари 33,9% ҳолларда генитал туберкулёз беморларда аниқланди. Жинсий органлар специфик туберкулёздан шикастланганда, бачадон ва бачадон найчаларида кучли ривожланган деструктив ўзгаришларнинг бўлиши тўғрисида ГСГнинг натижалари гувоҳлик беради.

Хулосалар: Генитал туберкулёз аёллар бепуштлигининг салмоқли сабабларидан бири ҳисобланади ва генитал туберкулёз бу аёлларнинг 73,2% да кузатилади. Генитал туберкулёзни аниқлашда клиник-лаборатор текширувлар, гистеросалпингография ва эхография, маълум бир аҳамиятга эга бўлса ҳам, бошқа генитал патологиялардан фарқлаш имконини бермайди. Цервикал каналини, эндометрий биоптатини, менструал қонни, ажралган казеоз массаларни молекуляр-генетик усуллар билан туберкулёз микобактерияларига текшириш, генитал туберкулёз билан ассоциациялашган репродуктив бузилишларнинг эрта диагностикаси самарасини оширади ва микроскопия усулига нисбатан туберкулёз микобактериясини аниқлашни 48,2% га ва бактериологик усулга нисбатан 66,0% га оширади.

### **ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СИҚИЛГАН ИЧАК ЧУРРАЛАРИДА ИЧАКЛАРНИНГ ҲАЁТЧАНЛИГИНИ БАҲОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ**

**Хамдамов О.К., Усмонов К.С., Садиков Р.А., Мардонов Ж.Н.  
РШТЁИМ Навоий филиали, “Академик В. Воҳидов номидаги  
РИХИАТМ”, ТДСИ**

Абдоминал жарроҳликда ҳозирги кунда ўткир ичак тутилишини даволаш, беморларнинг юқори ўлим даражаси, юқумли асоратлар сони ва оғирлиги ортиб бораётганлиги сабабли шошилиш жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Шу билан бирга, ушбу патологияни жарроҳлик усулидаги даволашда асосий муҳим нуқталаридан бири ичакнинг ҳаётийлигини баҳолашдир. Кўпгина ҳолларда бу муаммони оддий клиник белгилар ёрдамида, масалан, томирларнинг пульсацияси, ранги, ҳарорати ва перисталтикаси ёрдамида ҳал қилиш мумкин. Бироқ, шубҳали ҳолатларда, ичак деворидаги визуал ўзгаришлар қайтарилмас деб талқин этилади. Бу аниқ соғлом тўқималар доирасида ичакнинг резекциясига: ичакнинг

макроскопик кўринадиган ўзгарган қисми чегарасидан проксимал йўналишда ўртача 25-45 см ва дистал йўналишда ўртача 10-25 см узунликда олиб борилишига сабаб бўлади. Бир томондан, ичак қовузоғидаги патологик ўзгаришларнинг интраоператив нотўғри тактик диагностикаси органнинг асосиз кенг резекциясига олиб келиши мумкин, бу эса кейинчалик энтерал етишмовчиликнинг ривожланишига олиб келади. Бошқа томондан, ичак деворининг некротик ўзгарган жойларини тўғри аниқламаслик патологик жараённинг ривожланишига олиб келиши мумкин, бу эса ҳаёт учун доимо хавфлидир. Хулоса қилиб айтганда, юқоридаги ҳолатлар юзага келмаслиги учун учун, операция пайтидаги шубҳали ҳолатларда, ичакнинг ҳаётийлигини баҳолашда клиник белгилар - визуал маълумотлар, объектив тасдиқловчи инструментал усуллар билан бирга тўлдирилиши керак. Бу операциядан кейинги даврда ривожланиши мумкин бўлган оғир асоратларнинг пайдо бўлиши хавфини олдини олади. Бироқ айтилган даврада ичак деворининг ҳаётчанлиги аниқлашнинг таклиф қилинган усуллари хилма-хиллигидан хулоса қилиш мумкинки, унинг ҳозирги вақтда жарроҳларга тўлиқ мос келадиган идеал тури мавжуд эмас. Буларнинг барчаси ўткир ичак тутилиши шароитида ичакнинг ҳаётийлигини аниқлашнинг янги усулларини излаш, ишлаб чиқиш ва синовдан ўтказиш кераклигини тақозо этади.

## ЁШЛАРДА НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШНИНГ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

<sup>1</sup>Шамсутдинова М.И., <sup>2</sup>Эшбоев А.Т., <sup>3</sup>Кенжаев С.Р., <sup>1,2</sup>Искандарова И.Э.

<sup>1</sup>Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

<sup>2</sup>Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали

<sup>3</sup>Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази

**Тадқиқот мақсади:** сўнги йилларда ностабил стенокардиянинг ёшлар орасида учраш даражаси ортиб бораётганини инобатга олиб ёшлардаги ностабил стенокардиянинг ривожланиш хавф омилларини аниқлаш ва даволашдаги аҳамиятини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали шошилич терапия бўлимига 2023-йил феврал - декабр ойларида ностабил стенокардия ташхиси билан ётқизилган 108 та бемор тахминий танлаш усули билан танлаб олинди. Кузатувга олинган беморларнинг ёши 37 ёшдан 45 ёшгача бўлиб, аксариятини ( 57%, n=62) эркаклар ташкил этган.

**Тадқиқот натижалари:** беморлар касалликни ташхислаш ва текширув усулига кўра 2 гуруҳга (хар бир гуруҳда 54 тадан) ажратилди. Беморларда ностабил стенокардия ривожланишида аниқланган хавф омилларини икки гуруҳ: ўзгартириб бўлмайдиган (ёш, жинс ва ирсий мойиллик ва б.) ва ўзгартирса бўладиган хавф омилларига (гиперлипидемия, психоэмоционал стресс ва б.) ажратилди. Таққослов гуруҳидаги беморларни даволашда фақат асосий касалликка қаратилган муолажалар ўтказилди ва хавф омиллари баратаф этилмади. Беморларда олиб борилган даволаш муолажалари асосий даво муолажаларига қўшимча тарзда, 2-кузатув гуруҳида, ўзгартирса бўладиган юқоридаги хавф омиллари бартараф этилди ва беморларда касалликдан тузалиши сезиларли даражада ижобий ва эрта бошланганлиги ҳамда асоратлар кузатилмаганлиги аниқланди.

Хулоса. Ностабил стенокардияни даволашда ўзгартирса бўладиган хавф омилларини бартараф этиб даволанганда беморларда касалликдан тузалиш сезиларли

даражада ижобий ва эрта бошланган ҳамда асоратлар кузатилмаган. Бундай даволаш эса беморларда эрта ўлим сонини камайтириш ва самарали даволаш имконини беради.

## ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ОШИРИШ ЙЎЛЛАРИ

**Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М.,  
Саломатлик ва стратегик ривожланиш институти**

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили юқумли бўлмаган касалликлар 41 миллион одамнинг умрига завола бўлади, бу эса дунё бўйича барча ўлим ҳолатларининг 74 фоизини ташкил этади.

Ўлим сабабларининг умумий тузилмасида асосий ўринни юрак-томир тизими касалликлари эгаллайди (55,8 фоиз), хавфли ўсмалар (27,9 фоиз), қандли диабет (12,3 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (6 фоиз) сезиларли ўрин эгаллайди. Бу касалликлар гуруҳи юқумли бўлмаган касалликлар туфайли барча барвақт ўлимнинг 80 фоизини ташкил этади.

Ўзбекистонда ҳам вазият шундай кўринишга эга: юқумли бўлмаган касалликлар билан боғлиқ жинси ва ёши бўйича стандартлаштирилган барвақт ўлим кўрсаткичи умумий ўлим кўрсаткичининг ўртача 76 фоизини ташкил этади.

Бунда юрак-томир тизими касалликлари биринчи ўринни эгаллайди (55,8 фоиз), шу жумладан юрак ишемик касаллиги, артериал гипертония ва унинг асоратлари (миокард инфаркти, бош мияга қон қуйилиши). Улардан кейин хавфли ўсмалар (10,1 фоиз), қандли диабет (4,8 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (1,6 фоиз)ни ташкил этади.

Жаҳон тажрибаси шундан далолат бермоқдаки, юқумли бўлмаган касалликларнинг асосий сабаблари бу хулқ-атвор (нотўғри овқатланиш, етарлича бўлмаган жисмоний фаоллик, тамаки ва алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш) ва биологик (ортиқча тана вазни, юқори қон босими, қонда ортиқча қанд миқдори) хавф омилларини ҳисобланади.

Аҳолининг юқумли бўлмаган касалликларга сабаб бўлувчи хулқ-атвор хавф омилларини мамлакатда мавжуд таълим, меҳнат, шаҳарсозлик ва бошқалар белгилайди.

**Тадқиқот мақсади:** Аҳолини жисмоний фаоллиги ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Умумэтироф этилган халқаро услублар асосида аҳолини юқумли бўлмаган касалликларнинг хавф омиллари бўйича (STEPS) тадқиқотини ўтказиш.

**Тадқиқот натижалари:** Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 2014–2019 йиллар мобайнида Ўзбекистонда 18-69 ёшдаги аҳоли орасида етарлича жисмоний фаол бўлмаган қисми 16,4 фоиздан 26,1 фоизгача ўсди, ортиқча тана вазни ва семизликка эга бўлган аҳоли улуши 50,1 фоиздан 56,4 фоизгача ўсди (бунда эркаларнинг 55,5% ва аёлларда 57,3%), юқори қон босими бўлган аҳоли улуши эса 30,8 фоиздан 38 фоизгача ошди.

Бундай ҳолатнинг хавотирли жойи шундаки, етарлича жисмоний фаол бўлмаган эркалар улуши 2019 йилда 2014 йилга нисбатан 2 баробар (10,6 фоиздан 20,5% фоизгача), аёллар улуши эса - 1,4 баробар ошган (22,5 фоиздан 31,2 фоизгача).

Таъкидлаш лозимки, жисмоний фаоллик инсон ўзи назорат қилиши мумкин бўлган омилдир ва жисмоний фаол бўлиш ортиқча маблағ талаб этмайди.

Хулоса. Дунё аҳолиси каби, Ўзбекистон аҳолиси орасида ҳам жисмоний фаоллик камаймоқда ва оқибатда ортиқча вазн ва семизликка эга аҳоли улуши ўсиб бормоқда. Бунинг таъсирида юқумли бўлмаган касалликлар, шу жумладан юрак-томир тизими, қандли диабет, хавфли ўсмалар ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлари сони ҳам ошиб бораверади.

Аҳолининг етарлича жисмоний фаол бўлмаганлиги сабабли семизликнинг ўсишини тўхтатишга ва қисқартиришга қаратилган профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш лозим. Бунинг учун жисмоний фаоллик стратегиясини татбиқ этиш, бунда:

иш жойларида соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш учун барча зарур шароитларни яратиш, хусусан тренажёр зали, «Workout» майдончаси, спорт (футбол, волейбол) майдончаси ва зали ташкил этиш, спорт мусобақаларини уюштириш;

хар бир маҳалла ва туман (шаҳар)ларда, барча таълим муассасаларида ҳамда бошқа корхона, ташкилотларда жисмоний тарбия билан шуғулланишга шарт-шароитлар (пиёда юриш ва велосипед ҳайдаш учун «Саломатлик йўлаклари»ни ташкил этиш ва бошқа) яратишда замонавий моддий-техника базани шакллантириш;

хар бир туман ҳамда шаҳарларда фуқароларнинг жисмоний фаоллигини ошириш учун рағбатлантириш чораларини кўриш;

аҳолининг ёши, жинси ва мавжуд касалликларидан келиб чиқиб чиққан ҳолда жисмоний фаоллик бўйича тавсиялар ва йўриқномалар ишлаб чиқиш ва тарғибот этиш;

давлат ва нодавлат мактабгача таълим муассасалари боғча тарбияланувчилари учун интерактив жисмоний тарбия машғулотларини татбиқ этиш;

мактабларда қисқа жисмоний фаол танаффусларни татбиқ этиш, жисмоний тарбия дарслари ҳафтасига камида 3 тадан кам бўлмаслиги, ўқувчилар орасида спорт билан шуғулланиш учун турли спорт секцияларини ташкил этиш, уларни учун машхур спортчилар билан учрашувлар уюштириш;

мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар учун кам ҳаракатликни олдини олиш мақсадида телевизор ёки бошқа электрон экранлардан фойдаланиш вақти меъёрларини белгилаш ва тарғибот қилиш;

йирик шаҳарларда соғломлаштириш гимнастикаси клубларини ташкил этиш;

катта ёшдаги аҳоли орасида жисмоний ҳаракатланишни сақлаб қолиш учун шароитлар ташкил этиш;

тиббиёт ходимлари томонидан жисмоний фаолликни ошириш бўйича қисқа маслаҳат беришларини йўлга қўйиш.

## **СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ДОБЕЗЕЛАТ КАЛЬЦИЙ ПРЕПАРАТИНИНГ АНТИОКИДАНТ ТИЗИМИГА САМАРАДОРЛИГИ**

**Шукурова Л.Х, Даминова Л.Т**

**Тошкент давлат стоматология институти**

Маълумки, барча буйрак касалликлари, у ёки бу тарзда, базал ёки хужайра мембраналарининг патологияси билан боғлиқ. Липид пероксидланиш маҳсулотларининг таъсири остида хужайра мембраналари, фосфолипазалар, протеиназалар, комплемент ва цитотоксик омиллар таркибида сезиларли ўзгаришлар юз беради. Бир томондан липид периксли оксидланишининг фаоллашиши ва бошқа томондан антиоксидант тизимнинг етарли даражада фаоллиги билан реактив кислород турлари лейкоцитларнинг протеолитик ферментларини чиқаришга ёрдам беради,

натихада гломеруляр базал мембрана, цитомембранларнинг оксил-липид комплекслари шикастланади, хужайра иммунитетининг пасайиши, коллаген ҳосил бўлишининг кучайиши содир бўлиб, бу буйрак эса паренхимаси ишемиясининг ривожланишига олиб келади. Шунинг учун СБК билан оғриган беморларда антиоксидант тизимидаги ўзгаришларни даволаш динамикасида ўрганиш катта қизиқиш уйғотади.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун ТГА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида стационар даволанаётган ва кейинчалик мазкур муассасада амбулатор назоратда бўлган 120 нафар шахслар олинди. Ташхис ва буйраклар функционал ҳолати тиббиёт муассасаларидаги лаборатор ва асбобий текширувлар асосида шакллантирилди. Нодиабетик этиологияли нефропатиялар асосида шаклланган СБК нинг II ва III А босқичидаги беморлардан иборат (n-75) 1-гурух (1 А (n-35) ва 1 Б (n-40)) ҳамда диабет этиологияли нефропатиялар асосида шаклланган СБК нинг II ва III А босқичидаги беморлардан иборат (n-45) 2-гурух (2 А (n-20) ва 2 Б (n-25)) беморларда буйрак шикастланиш маркерлари (сийдик синдроми) ва буйрак функционал ҳолатининг манзараси ўрганилди. А гуруҳга мансуб беморларга фақат СБК ни даволаш тавсияларига мувофиқ традицион терапия олиб борилди. Б гуруҳга мансуб беморлар эса мазкур терапияга қўшимча АДФ рецепторларини ингибирлаш хусусиятига эга бўлган препарат – добезилат кальций препарати уч ой муддат қабул қилишди. Барча беморлардан даволаш бошида ва тадқиқот сўнгида малон диальдегид миқдори текширилди. Натихалар статистик тахлил қилинди. Натихалар ва уларнинг муҳокамаси. Уч ой мобайнида олиб борилган истиқболли тадқиқотлар асосида куйидаги натихалар намоён бўлди. Унга мувофиқ, турли генезли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касалликларида антиоксидант тизими кўрсаткичлари ҳар хил даволаш схемалари фонидаги ўзгаришлари динамикаси куйидаги манзарани намоён этди. Нодиабетик генезли нефропатиялар асосида ривожланган СБК беморларида липидлар периксли оксидланиши натихасида кўпайиб кетиб коптокчалар базал мембранасини шикастловчи таъсирга эга Малон диальдегид тадқиқот бошида назорат гуруҳига нисбатан ҳар иккала гуруҳда ишончли ошиб кетган бўлса, даволашнинг ўнинчи кун у тадқиқот бошига нисбатан традицион даво олган ва кўшимча ДК препаратини қабул қилган гуруҳларда ишончсиз камайди. Даволашнинг 90-кунига келиб эса Малон диальдегид традицион даво билан кифояланганларда ишончсиз камайган бўлса, традицион давога кўшимча ДК қабул қилган ҳар иккала гуруҳда қийматларни кам ишончли бўлсада камайгани кузатилди. Тадқиқот сўнгидаги натихалар ўнинчи кун билан солиштирилганда нодиабетик генезли СБК беморларда қийматларни ишончли ўзгарганлиги, шунингдек, диабет генезли СБК беморларида эса кам ишончли ўзгарганлиги намоён бўлди.

1-гурухда тадқиқот бошида  $1,26 \pm 0,12$  г/л. бўлган малон диальдегид протеинурия тадқиқот сўнгида фақат традицион даво билан чекланган 1 А-гурухда  $1,1 \pm 0,21$  г/л.га кам ишончли камайганлигини кўраимиз. Традицион давога кўшимча добезелат кальций препаратини қабул қилган 1 Б-гурухда эса  $0,68 \pm 0,18$  г/л.гача ишончли ( $p > 0,01$ ) пасайгани аниқланди. 2-гурухда яъни диабетик генезли СБК бор беморларда эса тадқиқот бошида малон диальдегид миқдори  $1,29 \pm 0,22$  г/л бўлган бўлса, тадқиқот сўнгида фақат традицион даво билан чекланган 2 А-гурухда  $1,12 \pm 0,16$  г/л.га кам ишончли камайганлигини кўраимиз. Шунингдек, традицион давога кўшимча добезелат кальций препаратини қабул қилган 2 Б-гурухда эса  $0,71 \pm 0,14$  г/л.гача ишончли ( $p > 0,01$ ) пасайгани аниқланди.

Хулоса. Шундай қилиб, турли генезли нефропатиялар асосида ривожланган буйрак етишмовчилиги беморларида олиб борилган изланишларда антиоксидант

тизими кўрсаткичларини даволашдан кейинги қийматларни бир-биридан ишончли фарқ қилиши, бу муайян тадқиқот гуруҳларида даволаш схемасининг турли шакллари махсули ўлароқ қабул қилиниши лозим. Яъни, бунда АДФ рецепторлари ингибирлаш хусусиятига эга бўлган препарат – добезилат кальцийнинг ангиопротектор, антиагрегант ва антиоксидант [Мурашко Е.Ю.-2017, Simo R.-2015] хусусиятлари таъсирида Б гуруҳларда даволаш самарадорлигини юқори бўлиши намоён бўлди. Бу препаратнинг липидлар перекисли оксидланиши фаоллигини пасайиши туфайли СБК нинг яна бир асосий патогенетик механизмларидан бўлган антиоксидант тизими бузилишларни мувофиқлашиши билан изоҳланади.

## **БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИ ЭСКИРГАН ЧИҚИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ НАТИЖАЛАРНИ ЯХШИЛАШ**

**Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю., Шаматов Х.Ш.**  
**Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия  
илмий-амалий тиббиёт маркази**

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда билак суяги бошчасининг эскирган чиқишларини даволаш бугунги кунда замонавий травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолардин бири бўлиб келмоқда. Билак суяги бошчасининг эскирган чиқишлари тирсак бўғимининг анатомик ва биомеханик функцияси бузилишига олиб келади ва бу ўз навбатида тирсак бўғимида ҳаракат ҳажмининг камайишига, тирсак бўғимида латерал ностабиллик, ҳаракат вақтидаги оғриқларга ва нейротрофик ўзгаришларга олиб келади. Бу эса беморларда узоқ вақт давомида меҳнат қобилиятининг йўқолишига олиб келади.

Билак суяги бошчасини эскирган чиқишлари адабиётларда келтирилишича барча тирсак бўғими жароҳатларининг ўртача 1.9% дан 2.7% ни ташкил килади. Билак суяги бошчасининг эскирган чиқишлари болаларда кўп учрайдиган патология бўлиб, таянч ҳаракат системасининг барча чиқишларининг 86% ни ташкил килади.

Беморларнинг кеч мурожаат қилиши ёки табибларда даволаниши ва бирламчи тиббий ёрдам бериш вақтидаги хатоликлар бу патологиянинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда билак суяги бошчасини эскирган чиқишларини оператив даволашда турли мамлакатларда ҳар хил усуллардан фойдаланиб келинмоқда. Бу усулларнинг ўзига яраша камчиликлари бўлиб, тирсак бўғимида анатомик ва биомеханик функциясининг тўлиқ тикланмаслиги ва рецидивларнинг кўпайишига олиб келмоқда. Билак суяги бошчасини эскирган чиқишларини оператив даволашда оптимал усулнинг йўқлиги, ҳозирги кунгагча бу мавзунинг долзарблигини кўрсатмоқда.

Мақсад: Ишлаб чиқилган янги жаррохлик усулини қўллаш орқали болаларда билак суяги бошчасини эскирган чиқишларини даволаш натижаларини яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: РИТОИАТМ болалар травматологияси булимида 2022 -2023 йиллар давомида билак суяги бошчасини эскирган чиқишлари ташхиси билан 24та бемор оператив даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 3 ёшдан 17 ёшгача. Ўғил болалар 15та, киз болалар 9 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама 9 та, чап томонлама 15 та бемор мурожаат қилиб келишган. Бу беморларни барчаси Рентген, МСКТ, УЗИ текшируларидан ўтказилди. Беморлардан 13 нафариди билак суяги бошчасини чиқишидан ташқари, тирсак суягини синиб нотўғри битганлиги аниқланди (Брехт ва Монтеджи жароҳатлари ). Беморларнинг 24 тасидан 22 тасида

тирсак бўғими артролиз қилинди ва киникамизда ишлаб чиқилган янги усул билан халқасимин боғлам пластикаси амалга оширилди ва кўшимча Илизаров сихи билан трасартикуляр фиксация қилинди. Тирсак суягида деформацияси бор беморларда билак суяги бошчасини тушиши қийин бўлганлиги сабабли, трсак суяги деформация чўққисидан коррекцияловчи остиотомия қилинди ва натижада билак суягини бошчасини осонлик билан жойига қўйишга эришилди. Тирсак суягига коррекция берилиб кесишувчи сихлар ёрдамида остиосинтез қилинди. Операциядан сунг барча беморларга лонгетали гипс боғлами куйилди. Беморлардан 2 нафари ёши 16-17 ёшлигини ва жарохат муддатининг катта ( 8-9 йил) булганлиги сабабли билак суяги бошчаси буйин кисмидан резекция қилинди. Бу иккала беморда тирсак бўғими артролиз қилинганда билак суяги бошчасини ўсиб катталашганлиги ва шакли ўзгариб деформацияланганлиги аниқланди. Билак суяги бошчасини жойига қўйишни иложи булмаганлиги сабабли резекция қилинди ва махаллий юмшок туқималарга фиксация қилинди. Беморларда трансартикуляр сихлар 2-3 hafta ичида олиб ташланди ва тирсак бўғимини ишлатиш бошланди. Тирсак суяги коррекцияловчи остеотомия қилинган беморларда сихалар тирсак суяги битганча, 1.5 -2 ой турди.

Олинган натижалар: Олинган натижаларни баҳолашда Bromberg-Morrey шкласидан фойдаланилди. Бу тирсак бугимидаги ҳаракат хажми, ратоцион ҳаракатлар хажми, тирсак бугимидаги огрикларинг йуқолиши ва билак мушакларининг кучига аниқлаш орқали баҳоланди. Олинган яхши натижалар 76%. Қониқарли натижа 20 % ва қониқарсиз натижа 4% ташкил қилди.

**Хулоса:** Хулоса қилиб айтганда болаларда билак суяги бошчасини эскирган чиқишларини даволаш хозирги кунда долзарблигича қолмоқда.

Кузатувмизда бўлган беморларнинг барчаси шифокорлага кеч мурожаат қилган ва табибларда даволанган.

Килиникамизда ишлаб чиқилган жаррохлик учсулини қўллаш орқали олинган натижалар яхшоиланди ва бу усулни кенг қўллаш тавсия қилинди.

## УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИДА ГЕМОДИНАМИК АҲАМИЯТЛИ СТЕНОЗ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АСИМПТОМ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРА ТАШХИСЛАШ

**Юлбарисов А.А., Нурматов Д.Х., Носиржонов Б.Т., Мўминов Р.Т.**  
Республика хирургик ангионеврология ихтисослашган маркази

**Тадқиқот мақсади:** асимптом юрак ишемик касаллиги (ЮИК) мавжуд беморларда каротид эндартерэктомия (КЭАЭ) амалиёт вақтида, амалиётдан кейинги яқин ва узок даврда юрак қон-томир касалликлар натижасида юзага келадиган асоратларни камайтириш.

Материал ва услублар. 2020-2022-йилларда Республика ихтисослаштирилган хирургик ангионеврология маркази ва Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг қон томир жаррохлиги бўлимига ётқизилган уйқу қон томирида гемодинамик аҳамиятли стеноз аниқланган 150 нафар беморларда КЭАЭ амалиётдан олдин селектив коронарография текшируви бажарилган. Беморлар орасида эркаклар 87 (58%), аёллар - 63 (42 %) ни ташкил этади. Барча беморларда шикоятлар ва анамнези тўлиқ тўпланган, қабул қилинган умумий клиник текширув усуллари ўтказилган. Беморлар амалиётдан кейин 12 ойгача назоратда бўлган.

Натижалар. 128 нафар (85,3%) беморда артериал гипертензия (АГ), 39 нафар (26%) беморда қандли диабет (ҚД) аниқланган. Ўртача систолик қон босими (СҚБ)

137,6±18,3 мм см. уст., диастолик қон босими (ДҚБ) – 83,2 ± 14,2 мм см.уст.га тенг. Юракнинг дақиқасига урушлар сони ўртача 74,3±14,2 марта. Коронарография хулосасига кўра, беморларнинг 101(67,3%) нафариди коронар томирларда 50% да юқори стеноз аниқланган. Бу беморларнинг 46 (30,67%) нафарига биринчи босқичда коронар томирларда аралашув (тери орқали коронар аралашув (ТКА) ёки аорта коронар шунтлаш (АШК)) амалиёти ва иккинчи босқичда КЭАЭ амалиёти бажарилган. 55нафар беморда биринчи босқичда КЭАЭ ва иккинчи босқичда коронар томирларда аралашув бажарилган. Бу беморларда амалиёт вақтида, амалиётдан кейинги эрта даврда ва амалиётдан кейинги 12 ой давомида миокард инфаркти, инсульт ва ўлми каби асоратлар кузатилмаган. Биринчи босқичда КЭАЭ амалиёти бажарилган беморлар орасида кузатув давомида 2 нафариди миокард инфаркти, 2 нафар беморда инсульт ва 1 нафар беморда ўлим ҳолати кузатилган.

Хулосалар.

1. Уйқу томирларида гемодинамик аҳамиятли стеноз аниқланган беморларни эҳтимолий ЮИК мавжуд беморлар деб ҳисоблаш ҳамда уларнинг даволаш тактикасини танлашда индивидуал ва мултидисциплинар ёндашувни талаб қилади.

2. Асимптом ЮИК мавжуд беморларда КЭАЭ дан олдин тизимли равишда коронарография текширувини ўтказиш ҳамда коронар томирлар ўзгариш аниқланган беморларда ТКА ёки АКШ амалиётини ўтказиш ўз навбатида КЭАЭ амалиётдан кейинги эрта ва кеч даврда кузатилиши мумкин бўлган юрак қон-томир асоратларини сезиларли даражада камайтириши ва беморлар умр давомийлигини ошириши мумкин.

## **ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗЛАРИНИ АНИҚЛАШДА ЭЛАСТОМЕТРИЯ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Тухтасинов Э.Р.  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги: Вирусли жигар циррозлари юқумли касалликлар ичида долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, сурункали вирусли гепатит касалликларидан сўнг ривожланадиган жигар циррозларининг сони охириги йилларда жуда тез ўсиб бормоқда. Бугунги кунда дунёда 3 миллиардан ортиқ одамда гепатобилиар патологиялар қайд этилган. Улардан 450- 550 миллиони беморлар вирусли "В" гепатити билан ва 400 миллиондан ортиқ вирусли "С" гепатити билан оғриган. Ўзбекистонда ҳам охириги 12 йилда сурункали гепатитлар, жигар циррози, сони кўпайиб бормоқда. Гепатобилиар тизим касалликлари нафас тизими ва юрак қон-томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Ҳозирги вақтга келиб, сурункали вирусли гепатитлар оқибатида юзага келаётган жигардаги фиброз ва цирроз ўзгаришлар бошқа асоратлар орасида ўзининг кенг миқёсида тарқалиб бораётгани билан ажралиб туради. Бундай касалликка чалинган беморларни тўғри текшириш шифокорнинг муҳим клиник вазифаси бўлиб, касалликнинг сабабини аниқлаш билан бир қаторда, касалликнинг босқичини баҳолаш ва жигар тўқимасидаги некротик яллиғланиш реакциясини фаоллигини аниқлаш, бу ўз навбатида даволаш усулини танлашга, ҳаёт сифатини яхшилашга ва бемор умрини узайтиришга имкон беради.

Ишнинг асосий мақсади: Сурункали вирусли гепатит билан оғриган беморларнинг динамик кузатишда жигардаги фиброз босқичларини аниқлашда эластометрия, яъни фибросканинг диагностик аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Юқоридагилардан келиб чиқиб, сурункали вирусли гепатит билан даволанишга келган 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган 63 нафар беморларни кузатувга олдик, булардан 30 нафарини аёллар, 33 нафарини эркаклар ташкил этади. Сурункали вирусли гепатит ташхиси анамнестик, клиник белгилар, тахлилий текширувлардан билирубин, АСТ, АЛТни аниқлаш, вирус маркёрларини иммунофермент тахлилида аниқлаш, жигарни ультратовуш текшируви билан қўйилган. Кузатувдаги беморлар, асосан умумий қувватсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, оғизда аччиқ таъм, тилдаги караш, кўз оқларининг сарғайиши, тери сарғайиши, ўнг қовурға остидаги оғриққа, қориндаги дамлик ҳисси, пешоб рангидаги ўзгариш, тери қичишиши, терлаш ва бошқа белгилари билан шифохонага ётқизилган.

Текширув мақсадидан келиб чиқиб, беморларни 2 гуруҳга бўлиб олинди: биринчи асосий гуруҳда 32 нафар беморлар бўлиб касалликнинг босқичлари, фиброз даражаларини аниқлашда ИФА, биохимик тахлиллар билан бирга Фиброскан (эластометрия) диагностик усули кенг қўлланилди. Фиброскан текшируви давомида жигар эластометрияси - тўлқинларнинг тўқимадан ўтиш тезлиги ёрдамида жигар эластиклик хусусиятини ўлчаб беради ва жигар фибрози даражаси аниқланади. Кўрсаткичлар килопаскалда (кРа) изоҳланади ва касаллик босқичлари F0 дан F4 гача METAVIR системасида аниқланади. 32 нафар беморлар фибросканда текширилганда 12 (37,5%) беморда F4 натижа олинган, яъни жигар циррози аниқланган, 20 (62,5%) нафар беморларда кўрсаткич F3 дан паст даражада бўлганлиги эластометрияда аниқланди.

Назорат гуруҳини ўзининг клиник ва биохимик кўрсаткичлари билан асосий гуруҳга ўхшаш бўлган 31 нафар бемор ташкил қилиб, уларда касалликнинг босқичлари, фиброз даражаларини аниқлашда ИФА, ПЗР, биохимик тахлиллар билан бирга УТТ (ультратовуш текшируви) диагностик усулидан фойдаланилди. 31 нафар бемор ультратовуш текширувида кўрилганда 9 (29,03%) нафарида жигар циррозига ҳос бўлган ўзгаришлар, қолган 22 (70,97%) нафарида сурункали гепатит ҳулосаси қилинган.

Ҳулоса. Назоратимиздаги беморларга тўғри ва эрта ташхис қўйишда фиброскан текширув усули яхши самара берди. Эластометрия натижаларига кўра, беморларга тўғри тавсиялар берилди ва тўғри даво чоралари қўлланилди. Бу ўз навбатида сурункали вирусли гепатитлари қатор асоратларининг олдини олишга сабаб бўлади. Намоён бўлган фиброзли ўзгаришларни эрта аниқлаш ва ўз вақтида тўхтатиб қолиш, шунингдек жигар циррози босқичларини ҳам эрта аниқлаш имкониятларини берди.

## **ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БЕМОРЛАРИДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАР КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.,  
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги: ОИВ инфекциясининг глобал эпидемияси дунёнинг барча мамалкатларини қамраб олди. Мавжуд баҳоларга кўра, ҳозирги кунда ер юзи аҳолисининг 40 миллиондан ортиқ кишиси ОИВ билан яшамокда.

Паразитар касалликлар ҳам жамоат саломатлиги учун жиддий муаммо бўлиб қолмокда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда 2 миллиардгача одам ушбу касалликлардан азиат чекмокда. Паразитар касалликларнинг кўлами етарлича кенг тарқалган бўлиб, улар келтириб чиқарадиган патология кўпинча ногиронликка ва ҳатто ўлимга олиб келади. Адабиётларда ёзилишича, перинатал

зарарланган профилактик эмланмаган болаларнинг 14% ҳаёти биринчи йилида, 11%-12% да ҳаётининг кейинги икки йилида, 50% да ҳаётининг тўртинчи йилида ОИВ-инфекцияси фонида гельминтозлар аниқлинган ва уларни ўлим кўрсаткичлари анча юқори бўлган.

**Тадқиқот мақсади:** ОИВ-инфекцияси беморларида гельминтозлар учраши ва улар кечишининг клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Юқоридагилардан келиб чиқиб, Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасига ОИВ-инфекцияси аниқланиб, даволанишга келган 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган 124 беморни кузатувга олдик, улардан 66 (53,22%) нафари ўғил болаларни, 58 (46,77%) нафари қизларни ташкил қилган. Назорат учун 32 нафар соғлом болаларда, уларнинг 17 (53,25%) нафари ўғил болалар, 15 (46,87%) нафари қизлар текширувдан ўтказилган. Шифохонага даволанишга келганларда умумий (доимий) қувватсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг бузилиши, уйқунинг бузилиши, баъзиларда алаҳсираш, кўнгил айниши, терида аллергик тошмалар пайдо бўлиши, қоринда оғриқ, ич бузилиши, нажаснинг шилимшиқ аралаш келиши ва озиб кетиш каби шикоятлари бўлган.

Кузатувдаги ОИВ-билан касалланган 124 нафар бемор болалар лаборатор-копрологик текширилганда 46 (37,09%) да гельминтоз касаллиги аниқланган. Гельминтозлардан 21 (16,9%)тада острица, 13 (10,48%) гименолепа нана (пакана гижжа), 9 (7,25%) ламбля, 3 (2,41% ) аскарида аниқланган, 9 (7,25%) нафар беморда острица билан бирга гименалепа нана аниқланган. Соғлом ҳисобланган ОИВ-инфекцияси бўлмаган болаларда гельминтоз 9 (32,1%) нафарида аниқланган, гельминтозлардан острица- 5 (15,6%) нафарида, гименолепа нана (пакана гижжа) - 2 (6,5% ) нафарида, лямбля -1 (3,25%) нафар беморда аниқланган, аскарида топилмаган.

ОИВ инфекцияси фонида гельминтозларнинг учраши бемор аҳволини янада оғирлаштиради. Шунинг учун ОИВ- инфекцияси бор беморларни эртароқ гельминтларга текшириш, аниқланганларга даво чораларини ўз вақтида бошлаш керак.

Назоратимиздаги беморларнинг копрологик текширув натижалари шуни кўрсатдики, ОИВ - инфекциясига қарши даво АРВТни қабул қилаётган беморларда гельминтларнинг учраш кўрсаткичлари камроқ эканлиги аниқланди. Шу билан бирга гельминтоз билан касалланган болаларда иммун тизимини ижобий томонга силжиши ҳам секин кузатилган. Вирус юкламасининг камайиши ва CD4 ҳужайраларининг ортиши гельминт билан зарарланмаган болаларга нисбатан анча паст бўлган.

АРВТ олаётган бир гуруҳ болаларда аллергик дерматитлар кузатилди. АРВТ олмаётган болаларда аллергик реакциялар кузатилмади.

**Хулоса:** Шундай қилиб, ОИВ- инфекцияси билан даволанаётган беморларда ОИВ инфекцияси йўқ болаларга қараганда гельминт билан зарарланиш анча юқори бўлган. Болалар ва ўсмирларни паразитар касалликларга кенг қамровли текширув ўтказиш лозим. АРВТ олаётган ёки ОИВ инфекцияси янги аниқланган беморларни гельминтозларга текшириш, гельминтларга қарши даво чораларини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

Исаков Х.А., Акбаров И.М., Махмудов Н.И., Умаров А.Р.  
Ферганский филиал республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи

Актуальность: Общеизвестно, что распространение эхинококкоза во многом зависит от климато-географических зон, организации работы санитарной службы и культуры населения. В.М. Садыков, Е.Н. Семенова изучив распространенность эхинококкоза у жителей Самаркандской области пришли к мнению, что редкой локализации встречается до 16% случаев.

Эхинококков почек, согласно данным различных авторов, составляет 1,5—3% от общего числа наблюдений эхинококкоза в организме человека

Материал и методы исследования: Мы наблюдали 8 больных эхинококковым почкам — 6 мужчин и 2 женщин, в возрасте 20—49 лет. У 3 больных эхинококковая киста локализовалась в левой почке, у остальных 5 — в правой. Трудно объяснить наблюдаемое «предпочтение» онкосферы к правой почке. Кроме того, у 3 больных эхинококкоз почек был установлен при вскрытии, но смерть не имела причинной связи с паразитозом. В 38,25% случаев киста оказалась вскрытой в почечную лоханку, а в 61,75% наблюдений имел место воспалительный процесс.

Основными жалобами у больных эхинококковым почкам были боли в области поясницы, варьирующие от поясничного дискомфорта до типичной почечной колики. Следует отметить, что у значительной части больных эхинококкозом правой почки жалобы были сходны с таковыми при желчнокаменной болезни или заболеваний пищеварительной системы, в силу чего лечащие врачи проводили ряд ненужных исследований. У 6 больных (60,83%) боль сопровождалась макроскопической гематурией и повышением температуры. У больных имела место и дизурия. Давность заболевания составляла от 2 мес до 2 лет, 5 больных длительное время лечились в амбулаторных условиях по поводу «нефролитиаза» и лишь при установлении изменений в моче, сопровождаемых повышением температуры, проводились целенаправленные исследования. Из диагностических способов использовали лабораторно-серологические исследования: эозинофилия была установлена у 61,45% больных, пробу Кацони исследовали у 42,50% больных — у всех она оказалась положительной, реакцию связывания комплемента Вейнберга выполняли у 24,43% больных — у 82,25% она была положительной.

При урографии отмечались сдавление части чашечек пораженной почки, гидронефроз, вплоть до полного нарушения функции почки.

Все больные с эхинококковым почкам были оперированы. Мы считаем, что при эхинококкозе почек следует производить одноэтапную эхинококкэктомия с удалением свободных участков фиброзной капсулы. В отдельных случаях мы применяли полусную резекцию почки без вскрытия эхинококковой кисты. При вскрытии кист в полость почки тоже осуществляем эхинококкэктомия, капитонаж или закрытие наглухо остаточной полости. Послеоперационный период протекал гладко и в среднем составило 13 дней. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: В заключение считаем важным подчеркнуть, что в диагностике эхинококкоза почки ведущая роль должна принадлежать урографии, при подозрении на опухоль необходима селективная ангиография. Несвоевременная диагностика является причиной позднего начала лечения, что приводит к атрофии почечной

паренхимы и необходимости нефрэктомии у данных больных. Операцией выбора является одноэтапная эхинококкэктомия с резекцией части фиброзной капсулы полюса почки или закрытие наглухо остаточной полости.

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ (НА ПРИМЕРЕ МЕД. ЦЕНТРА ОШГУ)**

**Айтиева А.К.**

**Ошский государственный университет Цель исследования**

На основе собранных клинических данных и результатов зарубежных исследований изучить функциональное состояние щитовидной железы у госпитализированных больных в Мед. центр ОшГУ, для выявления аутоиммунной патологии щитовидной железы с целью дальнейшего лечения и улучшения качества жизни.

**Материал и методы исследования**

Клинические данные: двухгодичной конъюнктурный отчет и истории болезни пациентов Мед. центра ОшГУ за январь 2022 года по январь 2024 гг.

Иностранная литература последних лет.

Отечественная и зарубежная литература по изучаемому вопросу.

**Результаты исследования**

С января 2022 по январь 2024гг. в Мед. центр ОшГУ всего госпитализировано 2554 пациентов. Гендерное соотношение: мужское население составило-33,4%, женское-67%. Распространенность патологии щж у пациентов были различными: наиболее часто встречался эндемический зоб-31,6%, узловой зоб-24,1%, гипотиреоз-16,8%, АИТ-16,2%, Болезнь Грейвса-7,3%, послеродовой тиреоидит-1,2%, аденома ЩЖ-1,2%, рак ЩЖ-0,6% и др.

Согласно по международной рекомендации к аутоиммунным патологиям ЩЖ относятся: АИТ и Болезнь Грейвса.

Для диагностики аутоиммунной патологии ЩЖ мы использовали следующие диагностические критерии:

- 1) наличие позитивных тиреоидных АТ (> 100 ЕД/мл);
- 2) наличие типичной сонографической картины аутоиммунной тиреопатии;
- 3) наличие гипотиреоза: манифестного или субклинического.
- 4) наличие АТ-рТТГ при тиреотоксикозе

Диагноз аутоиммунный тиреоидит ставили при наличии по крайней мере 2 из 4 вышеперечисленных критериев.

Диагноз Болезнь Грейвса ставили при наличии АТ-рТТГ и ↑Т3св, Т4св

Уровни ТТГ, свТ4, свТ3 оценивали радиоиммунным методом с использованием наборов "Immunotech" (норма: ТТГ 0,17-4,05 мЕд/л; свТ4 11,5-23,0 пмоль/л; свТ3 2,5—5,8 пмоль/л). Уровни АТ-ТПО определяли радиоиммунным методом наборами "Immunotech", уровни АТ-ТГ — радиоиммунным методом наборами ХОП ИБОХ. Позитивными считали уровни АТ-ТПО и АТ-ТГ более 100 мЕд/л, АТ-рТТГ более 100мЕд/л. Уровни ТТГ, свТ4, свТ3 оценивали радиоиммунным методом с использованием наборов "Immunotech" (норма: ТТГ 0,17-4,05 мЕд/л; свТ4 11,5-23,0 пмоль/л; свТ3 2,5—5,8 пмоль/л). Уровни АТ-ТПО определяли радиоиммунным методом наборами "Immunotech", уровни АТ-ТГ — радиоиммунным методом

наборами ХОП ИБОХ. Позитивными считали уровни АТ-ТПО и АТ-ТГ более 100 мЕд/л, АТ-рТТГ более 100 мЕд/л

Ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ осуществляли с помощью аппарата "Chison QBIT-10" линейным датчиком 7,5 МГц в реальном масштабе времени. Для определения объема ЩЖ проводили ее биометрию по общепризнанной методике J. Brunn и соавт. (1981). Также по результатам УЗИ оценивали однородность, эхогенность, структуру, васкуляризацию ЩЖ, наличие образований в ткани ЩЖ и их характер.

Согласно полученным нами данным, типичные признаки аутоиммунной патологии ЩЖ были выявлены у 414 пациентов, что составило 16,2% из общего числа 2554. Из них выявлено ↑ АТ-ТПО у 414 пациентов. А у 370 пациентов выявлено ↑ АТ-ТГ.

Эти данные свидетельствуют о наличии аутоиммунного тиреоидита.

У 211(50,9%) отмечалось снижение гормонов ЩЖ (Т3св, Т4св). Из них у 112 (53,1%) с повышением ТТГ, у 99 (46,9%) без повышения ТТГ.

Данные свидетельствуют о наличии субклинического и манифестного гипотиреоза

Выявленная высокая частота встречаемости аутоиммунной патологии ЩЖ, позволяет рекомендовать включение в план обследования всех госпитализированных больных во всех ЛПУ.

В связи с высокими показателями независимо от пола и возраста больным с различными диагнозами рекомендуется проведение профилактического УЗИ ЩЖ 1 раз в год. При подозрении в первую очередь на аутоиммунные изменения, также рекомендуется определение в крови уровня ТТГ, свТ3, свТ4, ТРГ 2 раза в год.

Из данного исследования можно подвести итог, что несвоевременное обследование и лечение аутоиммунных патологий могут привести к различным расстройствам органов мишеней.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Абдуллаев Р.Б.**

**Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Цель исследования. В последние годы органами здравоохранения Республики Узбекистан проводятся ряд лечебно-профилактических мероприятий с целью оздоровления женщин активного детородного (фертильного) возраста, согласно которым все женщины этого возраста подлежат углубленному медицинскому обследованию. Экстрагенитальные заболевания имеют немаловажную роль в структуре временной нетрудоспособности, первичной инвалидизации и причине смертности. Вышеуказанные проблемы особенно остро стоят в Приаралье, так как экологическая обстановка этого региона вот уже более 20 лет остается напряженной. Целью нашего исследования явилось изучение заболеваемости пищеварительной системы среди женщин фертильного возраста в Южном Приаралье, т.е. в Хорезмской области.

Материалы и методы исследования. В Ургенчском районе Хорезмской области обследовано 3311 женщин. Проведён углубленный осмотр, определен общий анализ крови, мочи, проведены биохимические и инструментальные исследования.

При постановке диагноза руководствовались общепринятыми критериями болезней внутренних органов, предложенными специалистами ВОЗ, рабочими группами и комитетами экспертов по соответствующим специальностям.

Результаты исследования. Возраст обследуемых составил: от 15 до 18 лет - 792 (24%), от 18 до 23 лет - 588 (17,8%), от 23-29 лет - 761 (23%), от 29 до 36 лет - 624 (18,8%), от 36 до 41 года - 298 (9%), от 41 до 49 лет - 248 (7,4%) женщин. Распределение обследуемых по социальному положению дали следующие показатели: 804 женщин или 24,3% обследованных женщин были служащими, 715 (21,6%) рабочими, 729 (22%) домохозяйками, 334 (10,1%) работницы фермерского хозяйства, 596 (18%) учащимися, 113 (3,4%) студентками и 20 (0,6%) пенсионерками.

В результате обследования выявлены, болезни органов дыхания у 175 (5,2 %), болезни органов кровообращения - у 320 (9,6 %), болезни почек и мочевыводящих путей у 490 (14,7 %), болезни системы кроветворения (в основном анемии) у 2350 (71%), диффузные заболевания соединительной ткани и заболевания суставов у 142 (4,2%), болезни эндокринной системы у 560 (16,9%) обследуемых женщин. Анализ полученных данных показал, что у 848 женщин или у 25,6 % всех обследованных женщин обнаружены сочетанная патология двух или трех систем.

Из 1610 больных, страдающих болезнями пищеварительной системы выявлены следующие заболевания: и хронический гастрит у 1047 (65%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 126 (7,8%), хронический энтероколит у 144 (9%), неспецифический язвенный колит у 18 (1,1 %), хронический гепатит у 103 (6,3%), цирроз печени у 14 (0,8%), хронический холецистит у 440 (27,3%), хронический панкреатит у 47 (2,9 %) обследованных женщин. Сочетание двух или трех заболеваний обнаружено у 876 обследованных, что составляет 54,4% от общего числа больных, страдающих болезнями пищеварительной системы. Анализ полученных результатов показывает, что чаще всего у женщин встречается хронический гастрит, которым страдают 1/3 больных с заболеваниями пищеварительной системы. Высокий процент женщин (27,3%) страдают и хроническим холециститом. Особо нужно подчеркнуть тот факт, что хронические заболевания пищеварительной системы преобладают над остальными нозологическими единицами. Очевидно, вышеприведенные заболевания связаны с неблагоприятной экологической обстановкой в зоне Южного Приаралья, нарушениями режима и рациона питания, понижением иммунной системы организма, с частотой беременности и родами.

Вывод. Выявлено, что чаще всего у женщин встречается хронический гастрит, которым страдают 1/3 больных с заболеваниями пищеварительной системы. Высокий процент женщин (27,3%) страдают и хроническим холециститом. Очевидно, вышеприведенные заболевания связаны с неблагоприятной экологической обстановкой в зоне Южного Приаралья, нарушениями режима и рациона питания, понижением иммунной системы организма, с частотой беременности и родами.

## **МЕТОДИКА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**Аслонов М.Н., Сайфуллаева С.А.  
Ташкентская медицинская академия**

**Цель исследования.** Разработать методику доклинической диагностики нарушений внутренних органов у пациентов, перенесших COVID-19 с помощью иммунохимического анализа Эли-Висцеро-Теста и оценить ее эффективность.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 55 пациентов в возрасте от 28 до 80 лет перенесших COVID-19 находившихся на стационарном лечении в ковидном центре Зангиата -2. Все пациенты были разделены на две группы. В контрольную

группу- вошли 25 пациентов, которым проводились традиционные клинико-лабораторные методы исследования, в основную – 30 пациентов, которым проводился ЭЛИ-Висцеро-Тест-24. Группы были репрезентативными по возрасту пациентов и тяжести течения процесса. Метод иммунохимического анализа ЭЛИ-Висцеро-Тест предназначен для определения уровня содержания в крови аутоАТ к АГ основных систем человеческого организма – нервной, сердечной, мочевыделительной, эндокринной, пищеварительной, репродуктивной и иммунной и дает возможность комплексно оценить их состояние и задолго до появления клинической симптоматики с большой вероятностью прогнозировать заболевания, в частности ассоциированные с COVID-19. Иммунохимический анализ проводился с помощью метода ЭЛИ-Висцеро-Теста, с применением одноименных тест-наборов. В образцах сывороток крови выявляли и анализировали индивидуальные профили сывороточной иммунореактивности, зависящие от изменений в относительном содержании ауто-АТ класса IgG, направленных к антигенам иммунной системы: дс-ДНК - антигенный компонент любых типов клеток; избыток антител к нему часто указывает на наличие активного вирусного процесса (реже аутоиммунных заболеваний). ЭЛИ-Висцеро-Тест-24 производился в Межвузовской научно-исследовательской лаборатории Ташкентской медицинской академии. Для его выполнения применяли образец венозной крови, который отбирали из локтевой вены в лабораторных условиях в утренние часы, натощак, с помощью центрифугирования осаждались клеточные элементы, отбиралось 0,2 мл сыворотки. Применялся метод твердофазного иммуноферментного анализа. Анализ полученных данных осуществлялся с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Расшифровка анализа (нормальные параметры интервалов для: аутомаркеров колеблются в диапазоне от -15 до 10%; иммунной реактивности – от -25 до -5%.

**Результаты исследования.** У 10 пациентов основной группы перенесших COVID-19 и с сопутствующей патологией со стороны почек (хронический пиелонефрит) в 40% случаев отмечалось достоверное повышение ААТ к антигену KiM-05-300; KiS что говорит о вероятности воспалительного процесса в ткани почек неясной этиологии, в начальной стадии или в фазе ремиссии, в 20% достоверное повышение ААТ к антигену dsDNA; относительное повышение ААТ к антигену KiM-05-300 что говорит о наличии активного инфекционно-воспалительного процесса в ткани почек (вероятнее всего вирусной этиологии), в 40% - относительное повышение ААТ к антигену KiM-05-40; KiM05-300; Collagen IV, что указывает на вероятность воспалительного процесса в ткани почек неясной этиологии, в начальной стадии или в фазе ремиссии. У 10 пациентов контрольной группы по данным клинико-лабораторных анализов крови и мочи отклонения от нормы наблюдались лишь в 15% случаев.

У 20 пациентов основной группы перенесших COVID-19 и с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия) в 75% случаев отмечалось достоверное повышение ААТ к антигену CoM-0.2, что указывает на наличие дегенеративных изменений в миокарде; в 25% отмечалось относительное повышение ААТ к антигену CoM-0.2 и b1-Адренорецептору – что указывает на вероятные изменения в автономной нервной системе сердца и нарушение ритма сердечных сокращений. У 15 пациентов контрольной группы по данным клинико-лабораторных анализов и инструментальных исследований отклонения от нормы наблюдались лишь в 31% случаев.

**Выводы.** Таким образом, к признакам говорящим о начале нарушений со стороны внутренних органов можно отнести сдвиги в продукции специфических ауто-АТ, а биохимические (более ранние) и клинические (более поздние) признаки

отражают уже ощутимую функциональную неполноценность органа, т.е. могут проявиться через несколько месяцев или даже лет. Применение метода «ЭЛИ-Висцеро-Тест» необходимо для ранней диагностики начинающихся патологических изменений со стороны внутренних органов или предрасположенности к возникновению этих изменений у пациентов перенесших COVID-19. Все вышеперечисленное также играет роль при оценке риска развития полиорганной недостаточности в постковидном периоде.

## ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ходжиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

**Актуальность:** Актуальность проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) обусловлена высокой заболеваемостью, смертностью, неудовлетворительными результатами лечения этой формы заболевания и негативным влиянием на общую эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Проблема усугубляется увеличением числа случаев резистентного к стандартной терапии туберкулеза. Одной из причин устойчивости микобактерий туберкулеза считают плохое выполнение требований режима лечения противотуберкулезными препаратами, в том числе и в результате развития серьезных побочных эффектов. Возрастание частоты лекарственной устойчивости у пациентов приводит к распространению мультирезистентных штаммов среди остального населения с повышенным риском заболевания.

**Цель исследования** – изучить основные принципы лечения множественно лекарственно - устойчивых форм туберкулеза и провести их анализ.

**Материал и методы исследования:** Материалом для исследования служили литературные данные об основных принципах лечения множественно лекарственно - устойчивых форм туберкулеза.

**Результаты исследования:** Целью лечения больных туберкулезом является ликвидация клинических признаков туберкулеза.

Одним из основных принципов лечения является контроль медицинского персонала за приемом больным противотуберкулезных препаратов и формирование у пациента ответственного отношения к курсу лечения. Этот принцип был положен в основу стратегии DOTS краткосрочного курса контролируемого лечения, рекомендованной ВОЗ в 1991 году для национальных противотуберкулезных программ.

Стратегия DOTS была основана на результатах клинических исследований, проводимых Международным союзом борьбы с туберкулезом в течение 1970-х и начале 1980-х годов, в странах с низким уровнем доходов и высокой распространенностью туберкулеза.

В последующем ВОЗ и сотрудничающими агентствами была разработана и стратегия борьбы, направленная на уменьшение распространения лекарственно устойчивого туберкулеза, известная под названием DOTS-Plus. Пять ключевых элементов стратегии DOTS-Plus основаны на фундаментальных принципах организации противотуберкулезной помощи и включают в себя следующее: долгосрочную государственную поддержку; точную и своевременную диагностику с помощью культуральных исследований и определения лекарственной

чувствительности при функционирующей системе обеспечения их качества; контролируемую химиотерапию с применением препаратов 2-го ряда; бесперебойное снабжение качественными противотуберкулезными препаратами; стандартизованную систему учета и отчетности. Указанные элементы аналогичны 5 основным компонентам стратегии DOTS. Кроме того, гибкость компонентов программы DOTS-Plus позволяет адаптировать ее к условиям различных стран и территорий.

Факторами, определяющими особенности применения программы в различных странах, являются степень и распределение лекарственной устойчивости; особенности инфраструктуры, диагностические возможности; критерии группировки когорты больных; модели лекарственной устойчивости; возможности обеспечения контролируемого лечения на протяжении длительного времени; наличие кадрового и финансового потенциала.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В МИРЕ

Ходжиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

**Актуальность:** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире 2 млрд человек инфицировано туберкулезом. В 2022 г. во всем мире туберкулезом заболели 10,6 млн человек, включая 5,8 млн мужчин, 3,5 млн женщин и 1,3 млн детей.

За последние годы серьезную угрозу с эпидемией туберкулеза, представляет рост множественно лекарственно - устойчивых форм, который становится основной проблемой в системе общественного здравоохранения. Цель исследования – изучить эпидемиологическую ситуацию по множественно лекарственно - устойчивым формам туберкулеза в мире и провести их анализ.

**Материал и методы исследования:** Материалом для исследования служили литературные данные для анализа об эпидемиологии множественно лекарственно - устойчивым формам туберкулеза в мире.

**Результаты исследования:** По данным литературы, установлено, что распространенность туберкулеза по всему миру распределено по-разному в зависимости от стран и регионов. Так, на долю стран Юго-Восточной Азии приходится около 26% от общего числа новых случаев туберкулеза по всему миру, на долю стран Африканского континента приходится 46% случаев, на долю западных регионов Тихого океана приходится 15% случаев, на долю стран Восточного Средиземноморья приходится 7% случаев, а на долю стран Европы и Американского континента приходится по 3% случаев. Наибольшая частота встречаемости туберкулеза среди всех стран мира отмечается в Индии, где показатель бремени данного заболевания составляет 27% случаев, далее следуют Индонезия и Китай, где этот показатель составляет по 9-10% случаев, по 4-5% случаев туберкулеза приходится на долю Нигерии, Пакистана и Южной Африки. Стоит отметить, что на указанные страны приходится свыше 60% всех случаев. В странах Европы по данным ВОЗ показатели туберкулеза характеризуются широкими колебаниями, составляя от 1 до 200 и выше случаев на 100 тыс. жителей. Всемирной организацией здравоохранения определены 27 стран, где бремя МЛУ-ТБ имеет наиболее высокие показатели. Данные страны относятся к числу приоритетных в плане необходимости повышения качества

диагностики и тактики ведения больных с МЛУ-ТБ. По результатам проведенных исследований в этих странах наблюдается до 85% случаев от общего числа встречаемости МЛУ-ТБ по всему миру. Чаще всего МЛУ-ТБ встречается в Индии и Китае, где, согласно данным ВОЗ, этот показатель составляет 45% случаев, то есть данной формой ТБ страдают почти 200.000 человек. На третьем месте по общему количеству больных с МЛУ-ТБ находится Россия, на долю которой приходится 8,6% случаев в общей структуре заболеваемости МЛУ-ТБ по всему миру. Является очевидным, что данные показатели обусловлены не только высокой частотой встречаемости МЛУ-ТБ, но и общим количеством проживающих в этих странах людей. Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последнее десятилетие, ТБ всё ещё остаётся актуальной проблемой общественного здравоохранения для многих стран мира.

Хотя на Европейский регион приходится менее 4% от всего глобального бремени ТБ, распространённость МЛУ-ТБ здесь более чем вдвое выше, чем в любом другом регионе ВОЗ – в Европе сосредоточены 25% всех случаев МЛУ формы туберкулеза в мире.

В Европейском регионе ВОЗ находятся 9 стран СНГ из 27 стран с наибольшим бременем МЛУ-ТБ в мире: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина и Узбекистан.

Согласно оценке ВОЗ в Российской Федерации на долю МЛУ-ТБ приходится 12-20% случаев от общего числа вновь выявленных больных туберкулёза и 38-47% случаев у больных с повторной терапией туберкулеза. Также к странам с высокими показателями частоты встречаемости МЛУ формы туберкулеза среди всех новых случаев заболевания относятся Азербайджан (22,3% случаев) и Молдова (19,4% случаев), а к странам с высокими показателями встречаемости МЛУ-ТБ среди больных с повторной терапией заболевания относятся Ливан (62,5% случаев), Республика Таджикистан (61,6% случаев), Республика Казахстан (56,4% случаев), Азербайджан (55,8% случаев), Молдова (50,8% случаев) и Греция (50% случаев).

В Республике Беларусь также отмечается особо неблагоприятная ситуация по МЛУ-ТБ. Частота случаев МЛУ-ТБ составляла 32,7% от общего числа вновь выявленных больных и 76,6% случаев от общего числа пациентов с ранее проводимой терапией.

По данным множественных исследований по всему миру, МЛУ форма туберкулеза была диагностирована в среднем в 3,9% случаев среди больных с первичной терапией туберкулеза и в 21,0% случаев среди больных с повторной терапией заболевания, причем эти цифры сохраняются на данном уровне на протяжении нескольких последних лет. Расчетное количество случаев МЛУ-ТБ на долю европейских стран составляет 21% от общего числа больных с МЛУ формой туберкулеза по всему миру.

По оценке ВОЗ, свыше 60% случаев от общего числа заболеваемости туберкулёза по всему миру приходится на шесть крупно населённых стран - Нигерия, Пакистан и Южная Африка, Индия, Индонезия и Китай, а в странах Европейского региона ВОЗ частота встречаемости МЛУ формы туберкулеза в расчете на 100 тысяч жителей составляет свыше 200. Бремя ТБ в России также остается высоким, ежегодно здесь выявляется свыше 100 тысяч новых случаев, а расчетное количество пациентов с МЛУ формой туберкулеза и с резистентностью к рифампицину составляет около 60 тысяч. Несмотря на то, что в Российской Федерации показатели заболеваемости туберкулёзом и смертности от него ежегодно снижаются, страна входит в число стран мира с высоким бременем туберкулёза, вызванного штаммами МБТ с лекарственной

устойчивостью. **Заключение.** Таким образом, МЛУ-ТБ является одной из наиболее актуальных проблем в мире, для решения которой необходимы дополнительные инвестиции, которые позволят разработать и внедрить в клинических учреждениях новые способы молекулярной диагностики, а также обеспечить их необходимыми лекарственными средствами для проведения полноценного курса лечения. Это, в свою очередь, также позволит предупредить и остановить дальнейшее распространение МЛУ формы туберкулеза и уменьшить в дальнейшем финансовые затраты.

Химиотерапия (этиотропная противотуберкулезная терапия) – основной компонент лечения туберкулеза. Противотуберкулезная терапия обязательно должна быть комбинированной, то есть предусматривать одновременно в течение достаточно длительного времени применение нескольких противотуберкулезных препаратов. Химиотерапия туберкулеза состоит из двух этапов. Первый этап – интенсивная фаза лечения, целью которой является уничтожение основной части бактериальной популяции. В интенсивную фазу лечения происходит устранение острых проявлений заболевания и прекращение бактериовыделения.

Второй этап – фаза продолжения лечения, на этом этапе препараты воздействуют на сохранившиеся микобактерии туберкулёза и предупреждают их размножение. Двухэтапное лечение способствует последовательной инволюции туберкулезного процесса, стойкому клиническому эффекту, и предупреждает реактивацию туберкулеза.

Основные принципы двухэтапной химиотерапии туберкулеза – раннее начало, оптимальная продолжительность и непрерывность, применение комбинации препаратов, комплексность, контроль лечения.

Клиническая эффективность противотуберкулезных препаратов определяется многими факторами, среди которых главными являются массивность самих микобактерий, их чувствительность или устойчивость к применяемым химиопрепаратам. Способность отдельных МБТ к быстрому размножению, создаваемая концентрация препарата в крови и степень проницаемости в зону поражения, взаимодействие с другими лекарственными средствами, способность препаратов влиять на внутриклеточно расположенные микобактерии туберкулёза, свойство химиопрепаратов индуцировать лекарственную резистентность возбудителя, а также переносимость больными противотуберкулезных препаратов и их комбинаций.

В лечении больных МЛУ-ТБ применяются противотуберкулезные препараты 1-го ряда, противотуберкулезные препараты 2-го ряда, и препараты с противотуберкулезной активностью 3-го ряда.

Противотуберкулезные препараты 1-го ряда (этамбутол, пипразинамид) рекомендовано применять всегда, когда это возможно, поскольку они более эффективны и лучше переносятся пациентами, чем препараты второго ряда.

Противотуберкулезные препараты 2-го ряда (резервные): канамицин, амикацин, капреомицин, левофлоксацин, моксифлоксацин, протионамид, этионамид, циклосерин, теризидон, аминосалициловая кислота, бедаквилин.

Препараты 3-го ряда с противотуберкулезной активностью: линезолид, амоксициллина клавуланат, кларитромицин, имипенем/циластатин, меропенем.

В руководстве ВОЗ по лечению лекарственно-устойчивого туберкулеза предложена новая классификация противотуберкулезных препаратов с учетом их эффективности:

Группа А: фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин;

Группа В: инъекционные препараты второй линии – амикацин, капреомицин, канамицин;

Группа С: другие основные препараты второй линии –этионамид/протионамид, циклосерин/теризидон, линезолид, клофазимин;

Группа D: вспомогательные препараты (не являются частью основной схемы лечения МЛУ-ТБ):

-D1 пиразинамид, этамбутол, изониазид в высоких дозах;

-D2 бедаквилин, деламанид;

-D3 парааминосалициловая кислота, имипенем-циластатин, меропенем, эртапенем, амоксициллин клавуланат (карбапенемы и клавуланаты предназначены для совместного применения; клавуланат доступен только в сочетании с амоксициллином).

В интенсивной фазе режим лечения должен включать как минимум пять наиболее эффективных препаратов с обязательным применением аминогликозида или полипептида и фторхинолона. В фазе продолжения отменяется аминогликозид, а все остальные препараты пациенты продолжают принимать до завершения лечения. Длительность интенсивной фазы должна составлять 6 месяцев и более, до получения шести последовательных отрицательных результатов посева.

Длительность фазы продолжения лечения – не менее 12 месяцев. Общая длительность химиотерапии множественной лекарственной устойчивостью туберкулеза (МЛУ-ТБ) – 18 – 24 месяца.

Всемирная Организация Здравоохранения опубликовала новое руководство по диагностике и лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Рекомендованная длительность курса химиотерапии – 9-12 месяцев (вместо 18-24 месяцев), при этом ожидается, что лечение станет не только дешевле (менее 1000 долларов на человека), но и обеспечит более высокую эффективность и снижение смертности, поскольку такой режим лечения проще соблюдать, а риск потери контактов с пациентом для последующего наблюдения ниже. Сокращенный режим рекомендован для пациентов, у которых диагностирован МЛУ-ТБ, а также для пациентов, которые ранее не получали противотуберкулезные препараты второй линии. Данный режим включает как минимум пять эффективных лекарственных средств в течение интенсивной фазы, включая пиразинамид и четыре препарата второго ряда – один препарат из группы А, один из группы В, и, по крайней мере, два из группы С. Если схема лечения из пяти противотуберкулезных препаратов не может быть составлена из-за лекарственной устойчивости, то могут быть добавлены препараты группы D2 и D3.

Если спектр лекарственной устойчивости не позволял назначить 4-5 препаратов, к лечению могли быть добавлены лекарственные средства: линезолид, кларитромицин, имипенем с циластатином, амоксициллин с клавулановой кислотой.

**Заключение:** Таким образом, к критериям эффективности лечения больных туберкулезом относятся исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления, стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическим и бактериологическим исследованием и регрессия рентгенологических проявлений туберкулеза.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Абдуллаев А.Х., Аляви А.Л., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Аширбаев Ш.П.,  
Вихров И.П., Муминов Ш.К., Исхаков Ш.А.**

**ГУ Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,  
Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент,  
Узбекистан**

Цель исследования. Создание базовой модели искусственного интеллекта(ИИ) диагностики ишемической болезни сердца(ИБС) и оценка ее производительности и возможности обобщения при адаптации к задачам обнаружения заболеваний.

Материал и методы исследования. Создается модель RETFound из представленных данных ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ основных клинико-биохимических показателей с помощью SSL и используется для выявления заболеваний. Базовая модель искусственного интеллекта(ИИ), обученная на большом количестве немаркированных данных в любом масштабе, которую можно применять для решения последующих задач, состоящих из 2 этапов.

Результаты исследования. На первом этапе RETFound создается с помощью SSL, используя CFP и OCT из MEF-MIDAS и общедоступных наборов данных. На втором этапе RETFound адаптируется к последующим задачам посредством контролируемого обучения для внутренней и внешней оценки. Организованы 4 задачи для оценки эффективности модели при прогнозировании заболеваемости с помощью изображений. Внутренняя оценка. Модели адаптируются к тщательно подобранным наборам данных MEF-AlzEye путем точной настройки и внутренней оценки на основе имеющихся тестовых данных. Внешняя оценка. Модели настраиваются на MEF-AlzEye и проходят внешнюю оценку. RETFound достиг значительно более высокого AUROC во всех внутренних оценках и большинстве внешних оценок. Для каждой задачи обучали модель с различными случайными начальными числами, определяя перетасовку обучающих данных, и оценивали модели на тестовом наборе, чтобы получить пять реплик. Разрабатываются модели RETFound с использованием CFP и OCT усовершенствованной технологии SSL (маскированный автокодировщик) последовательно на изображениях (ImageNet-1k), за которыми следовали изображения из набора данных изображений Мурфилдса (MEF-MIDAS) и общедоступных данных (CFP и OCT). Адаптируется RETFound для решения ряда задач обнаружения и прогнозирования путем настройки RETFound с конкретными метками задач, а затем проверяется его производительность. RETFound обеспечивает производительность и эффективность к задачам по сравнению с другими моделями, в том числе предварительно обученными на ImageNet-21k с традиционным трансферным обучением. Выявляется интерпретация эффективности обнаружения заболевания RETFound с помощью качественных результатов по контролю переменных, заметные области изображения отражают знания из литературы. Для диагностики выбраны общедоступные наборы данных. Для задач прогнозирования использовали группу из исследования Moorfields AlzEye (MEF-AlzEye). Наборы для диагностики проверялись на наборах данных Узбекистана. Оценка возможности обобщения прогноза заболеваний основана на многих задачах и наборах данных. Создаются сгруппированные данные, поддержка их, пополнение новыми данными, что позволит упростить создание специализированных алгоритмов, может спрогнозировать, какое

количество людей может охватить простая автоматизация в сфере диагностики заболеваний. На базе ИИ включается алгоритм прогнозирования вероятности возникновения острого сердечного приступа в ближайшие 5 лет.

Вывод. Предварительно сформирован набор технологий для создания ИИ по диагностике ИБС. Включены несколько исследований, прошедших двухуровневое модерирование.

Данная публикация подготовлена в рамках гранта REP-25112021/84 при поддержке Всемирного банка и Правительства Республики Узбекистан.

## **ПРИМЕНЕНИЕ РУФЕРОНА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

**Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д.В.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) определяется стабильно высокой заболеваемостью этими инфекциями среди всех возрастных групп населения, особенно среди детей, их полиэтиологией, появлением новых вирусов (грипп типа А). (H1N1 v, H5N1), коронавирус, энтеровирус) с изменениями их структуры и свойств, которые вызывают вспышки и пандемии тяжелых заболеваний с высокой смертностью. Тяжесть и скорость развития клинических проявлений ОРВИ определяются как свойствами возбудителя и массивностью инвазии, так и активностью факторов иммунной защиты, инициирующих сложную систему защитно-приспособительных реакций, направленных на ограничение размножения возбудителя и его последующая элиминация. Ведущая роль в противовирусной защите на первых стадиях заболевания принадлежит системе интерферонов (ИФН) – природных цитокинов, обладающих способностью подавлять репликацию многих РНК- и ДНК-содержащих вирусов. ИФН, стимулируя формирование клеточной резистентности, формирует защитный барьер против вирусов гораздо раньше, чем специфические иммунные механизмы.

**Цель:** Оценка терапевтической эффективности препаратов «Руферона» при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей.

**Материалы и методы исследования:** Оценка терапевтической эффективности препаратов проводилась в соответствии с регламентированным стандартом требований ВОЗ – Европейскими правилами GCP. От родителей или законных представителей ребенка на проведение исследования было получено письменное информированное согласие. Методом случайной выборки (в соответствии с порядком поступления) сформированы 2 группы детей в возрасте от 4 мес. до 3 лет, поступивших в стационар с клиникой ОРВИ и температурой тела выше 37,5°C в первые двое суток. болезнь. Обе группы (по 60 детей) были сопоставимы по возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания. Больные, включенные в I группу, получали препарат Руферон в форме суппозиторий для местного применения, а II группу (контрольную) составили пациенты, получавшие только базисную симптоматическую терапию.

**Результаты и их обсуждение.** Наблюдения показали, что применение лекарственной формы Руферона (свечи) при лечении детей с ОРВИ способствует более быстрой ликвидации всех симптомов инфекционного процесса. У детей основной группы наблюдалась статистически значимая, более быстрая нормализация повышенной температуры тела и устранение всех проявлений интоксикации, а также катаральных явлений в носоглотке и нижних отделах дыхательных путей.

В группах детей, как получавших Руферон (свечи), так и получавших только базисную терапию на фоне ОРВИ, колебания показателей периферической крови в целом были однотипными, что соответствовало разнице в развитии инфекционного процесса, без существенных различий между групп наблюдения. Включение Руферона в форме свечей в лечение ОРВИ сопровождалось восстановлением содержания IgA в назальном секрете, сниженного в дебюте заболевания у большинства детей (основной фактор защиты при входных воротах инфекции), что препятствует проникновению вирусов в эпителиальные клетки дыхательных путей. Примерно такая же закономерность выявлена и при определении содержания IgA в сыворотке крови детей: в отличие от больных контрольной группы, у получавших Руферон (свечи) на момент выздоровления отмечалось увеличение этого показателя относительно исходного уровня.

В комплексном лечении ОРВИ у детей введение Руферона (свечи) способствовало снижению интенсивности перекисного окисления липидов и повышению уровня антиоксидантной защиты. Исследование показателей статуса ИФН показало умеренную способность лекарственной формы Руферон-свечи стимулировать активность ИКК и продуцировать продукцию ИФН. Данная способность наблюдалась у детей, получавших Руферон (свечи), в отличие от больных контрольной группы, и заключалась в повышении не только индуцированной продукции TNF $\alpha$  (ИП), но и ИП ИФН-у. время восстановления *in vitro*. На фоне терапии Руфероном (свечи) у пациентов основной группы наблюдалось статистически значимое увеличение индекса стимуляции *in vitro* (ИС - способность ИКК реагировать продукцией ИФН на введение индуктора) по сравнению с группой, получавшей Руферон (свечи) установленный срок. Продукция TNF $\alpha$  и TNF $\gamma$  является показателем иммуномодулирующего действия препарата. При этом содержание циркулирующего IFN- $\gamma$  в сыворотке крови и СП *in vitro* оставалось практически на исходном уровне, а уровень TNF $\alpha$  не претерпел существенных изменений.

Применение Руферона (свечи) позволило сократить сроки обнаружения вирусных антигенов методом ИПФ в носовых ходах больных. Через 1-2 дня после начала лечения, в отличие от детей контрольной группы, наблюдалось статистически значимое снижение числа повторных выявлений с 72,0 до 50,0%. Различия стали более заметными на 3-4-й день лечения тест. Таким образом, применение Руферона (свечи) более активно способствует очистке детского организма от возбудителей, в том числе от аденовирусов, который статистически сохраняется значительно дольше других в контрольной группе (33,4%). Применение Руферона (свечей) не вызвало субъективных жалоб у пациентов и их законных представителей. Ни в одном случае у детей основной группы нежелательные явления на фоне терапии Руфероном-свечей не наблюдались, что подтверждалось отсутствием увеличения количества общего IgE в сыворотке крови детей. У большинства пациентов, получавших исследуемые препараты, она снизилась по сравнению с началом или осталась на том же уровне в 90,0% случаев, в отличие от детей контрольной группы эта цифра увеличилась. У детей, получавших Руферон (свечи), среднее количество IgE статистически значимо снижалось в период выздоровления (с  $53,3 \pm 6,5$  до  $37,3 \pm 4,9$  ЕД/л), в отличие от детей контрольной группы, у которых, наоборот, в этот раз этот показатель статистически значимо увеличился с  $40,0 \pm 6,8$  до  $70,3 \pm 8,9$  ЕД/л.

**Выводы.** Данные клинико-лабораторного обследования детей, госпитализированных по поводу ОРВИ, получены при внедрении рекомбинантного  $\alpha 2$ -интерферона - терапии Руферон (свечи). Его применение способствует уменьшению продолжительности основных симптомов заболевания, укорачивает

продолжительность терапии. выброса вирусных антигенов и быстро устранить развившийся дисбаланс иммунной системы. Восстановление нарушенной активности основных защитных факторов (ИКК, системы ПОЛ-АОС и др.), основное проявление инфекционного процесса вследствие сокращения продолжительности и соответственно всего острого периода заболевания. было достигнуто, что помогло пациентам быстрее выздороветь. Учитывая доказанную терапевтическую эффективность Руферона (свечи), его безопасность, подтвержденную клиническими и лабораторными методами, а также удобный способ применения, мы можем рекомендовать использование этого препарата в комплексном лечении детей, больных ОРВИ. Полученные лабораторные данные о противогриппозной активности препарата в отношении вируса пандемического гриппа позволяют добавить Руферон (свечи) к лечению современного гриппа.

## **СВОЕВРЕМЕННОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ - ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.,**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр дерматовенерологии и косметологии,  
Узбекистан, Ташкент**

**Цель исследования.** Изучить эффективность лечения пациентов с остроконечными кондиломами(ОК) на фоне папилломавирусной инфекции(ПВИ) с проведением фототермолизиса импульсным Nd:YAG-лазером.

**Материалы и методы исследования.** У больных с ОК половых органов и перианальной области идентифицировали типы вируса папилломы человека(ВПЧ) с использованием метода полимеразной цепной реакции(ПЦР). Изучали показатели иммунитета, проводили морфологические исследования. Пациенты основной группы(71) получали ректальные свечи(интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2-х до 4-х процедур с интервалами 7 дней и также местно мазь(3%-диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин) (2 раза в день в течение 30 дней) и контрольной(49) - стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир), местно мазь(3%-диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин), Проводили морфологические исследования биоптатов кожи.

**Результаты исследования.** У большинства больных ОК располагались на коже и слизистых наружных половых органов. Отмечено снижение CD4-клеток до  $29,90 \pm 0,17\%$  ( $p < 0,001$ ) и увеличение CD8-клеток до  $20,22 \pm 0,12\%$  ( $p < 0,05$ ) и CD19-клеток до  $21,00 \pm 0,14\%$  ( $p < 0,001$ ). Установлено уменьшение IgA ( $p < 0,05$ ) и IgM ( $p < 0,05$ ) при увеличении IgG ( $p < 0,001$ ). У этих пациентов отмечено достоверное снижение CD16-клеток. В биоптатах кожи больных (68,6%) по данным ПЦР получен положительный результат на наличие HPV hr. У остальных больных (31,4%) результат тестирования высокоонкогенных типов вируса был отрицательным. У больных ПВИ с ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета и при проведении терапии больным с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета. Под

влиянием комплексной терапии наблюдалось достоверное снижение содержания CD19-клеток ( $p < 0,01$ ), концентрации IgG ( $p < 0,01$ ) и уровня циркулирующих иммунных комплексов ( $p < 0,05$ ). Уровни IgA и IgM были достоверно повышены по сравнению с данными до лечения ( $p < 0,05$ ). Под влиянием разработанного метода наблюдали восстановление содержания CD16-клеток ( $p < 0,01$ ), которые приближались к таковым у здоровых. После проведенной комплексной терапии с использованием фототермолизиса ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера выявлены положительные сдвиги морфологической картины биоптата кожи больных с ОК. У 35 больных ПВИ с ОК (29 мужчин и 6 женщин) в сравнении образцами ДНК 35 условно-здоровых доноров получили различные данные наличия полиморфизма Arg72 гена p53 в группах больных с ОК и ВПЧ 16/18 распределение генотипов гена RR, PR и PP было 4 (33%), 7 (46%) и 1 (11%) соответственно, с ОК и ВПЧ 31/33 RR – 5 (41%), PR – 5 (41%) и PP – 2 (22%), с ОК без ВПЧ 16/18, 31/33 встречаемость RR – 7 (63%), PR – 4 (37%) и у здоровых RR – 13 (37%), PR – 15 (40%) и PP – 2 (22%). Тенденция повышения экспрессии p53 в группе с ВПЧ 16/18 у больных с ОК более выражена, чем в группах больных с ВПЧ 31/33, группой больных с ОК без ВПЧ 16/18 и 31/33, а также группой здоровых. В этой же группе больных отмечалось наибольшее количество рецидивов до обращения к нам и более интенсивный рост кондилом. Учитывая наличие иммунодефицита у больных ПВИ, перспективным является комплексное системное лечение этих пациентов. ПВИ является одной из наиболее распространенных инфекций в мире. У больных ПВИ с ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета и при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета. Одним из важных направлений профилактики онкозаболеваний является соблюдение здорового образа жизни, своевременное (на ранних стадиях) обнаружение и лечение заболеваний и состояний, которые могут предшествовать раковым заболеваниям. ВПЧ признан причиной некоторых форм рака половых органов. Полученные результаты исследований указывают на необходимость формирования групп пациентов и контингента риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний органов гениталий.

Вывод. Примененный комплексный метод лечения больных ПВИ с ОК, оказывает выраженный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, резко снижает риск малигнизации. Обучение человека гигиеническим правилам восстановления, укрепления и совершенствования здоровья, привития ему навыков здорового образа жизни, включающего активный труд, рациональный отдых, занятия физической культурой, закаливание, рациональное питание, личную гигиену, гигиену половых отношений, своевременные обращения к врачу имеет огромное значение в жизни современного общества. Своевременное обращение к врачу является залогом успеха при необходимости дальнейшего лечения.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаев С.К.1, Шамсиев Ф.М.2,  
Ташкентская медицинская академия,  
Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии МЗРУз,

Цель исследования. Изучить клинические особенности коморбидного течения бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 детей с аллергическим ринитом, атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. У пациентов учтены жалобы, анамнестические данные, результаты физикальных методов обследования, общеклинических, лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты исследования. Среди больных с бронхиальной астмой (БА) детей от 7 до 14 лет было 53,3% и 38% БА с аллергическим ринитом (АР) и атопическим дерматитом (АтД). Общее состояние больных было расценено как очень тяжелое у 3,2% детей, тяжелое у 36,1% и среднетяжелое у 60,7% детей. Бронхиальная астма с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом у детей часто протекала на фоне сопутствующей патологии. Наиболее часто из перечисленных заболеваний у обследованных больных выявлялся острые респираторные заболевания в 34,2% случаев. При поступлении в стационар основными жалобами были: кашель у 98,8%, одышка – у 100,0%, удушье – у 89,9% детей, снижение аппетита – у 92,1%, бледность – у 94,4%, сухость кожных покровов – 33,3%, головная боль – у 45%, повышенную утомляемость – у 69,9, нарушение концентрации внимания – у 47,2%, нарушение сна – у 55,6% детей. Однако в 23% наблюдениях отмечалось заложенность в носу и зуд. 64,1% детей жаловались на заложенность в носу и обильные водянистые выделения с высокой достоверностью по сравнению с другими признаками, характеризующими характер насморка. Характерный для БА основной симптом - экспираторная одышка появлялась внезапно, как один из первых признаков болезни в 98,9 (49,5%) случаях, у 85,3 (9,1%) больных изначально отмечалось свистящее дыхание с присоединением одышки через несколько часов или на следующий день. При БА с АР и АтД кашель был в основном влажным в 88,9% случаев. Наблюдались признаки ДН в виде цианоза носогубного треугольника 91,7%, отмечалось усиление выдоха, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания - 95,5%, раздувание крыльев носа 69,6% случаев. Перкуторно определялся коробочный оттенок звука у 89,4% детей. При аускультации у детей с БА+АР+АтД жесткое дыхание определялось в 74,7% случаях, у 13,1% ослабленное дыхание. У больных с тяжелым приступом БО (2-2,1%) отмечался признак гиперинфляции и неравномерности вентиляции легких (1-1,1%), в 4-х случаях (3,5%) наблюдалось усиление интерстициального рисунка.

Выводы. Таким образом, дети с коморбидным течением БА с АР и АтД чаще болеют ОРЗ, особенно в ранние годы жизни. Для этих детей характерны определенные клинические и рентгенологические проявления, что важно учитывать в клинической практике. АР является фактором риска развития БА. Понимание коморбидности АР, АтД и БА у детей имеет большое значение в практической деятельности педиатров,

аллергологов и оториноларингологов. Своевременная диагностика АР и АтД, адекватная их терапия может способствовать профилактике манифестации БА. У больных с персистирующим АР и АтД следует исключить астму на основании анамнеза, клинических проявлений.

## **УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ (УПП) НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Абдумалик Нурзамана**

**(PhD)- докторант 1-курса Ошского государственного университета  
Абдимомунова Бегимай Токтоболотовна - аспирант 3-го курса Ошского  
государственного университета Преподаватели кафедры «Общественное  
здоровье и здравоохранение»**

**Международный медицинский факультет, ОшГУ.**

Пандемия (COVID-19), вызванная вирусом SARS-COV-2 принесла глобальный кризис в сфере медицины и экономики. Несмотря на вирусную этиологию лечение проводилось с назначением антибиотиков широкого действия, с обоснованием и наличием клинических проявлений сходных с бактериальной и грибковой инфекцией, а также клиническими руководствами по лечению коронавирусной инфекции. Широкое и длительное применение антибактериальных препаратов приводит к росту антибиотикорезистентности, т.е. при котором штамм микроба невосприимчив к действию одного или нескольких видов антибиотиков. Исходя из этого целью нашей работы является анализировать влияние пандемии COVID-19 на развитие устойчивости к антимикробным препаратам, в дальнейшем повысить осведомленность населения о последствиях чрезмерного и неправильного использования антибиотиков.

Материалы и методы: Использовано наблюдательное ретроспективное исследование с применением кросс-секционного дизайна рандомное исследование с выбором каждого 10 пациента из журнала исследования клинического материала на патогенную и условно патогенную микрофлору данных лаборатории Центр профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора с функцией координации деятельности службы по Ошской области (ЦПЗ, ГСЭН и ФКДСОО) за 2018 и 2023 годы, с материалами госпитализированных больных в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (ОМОКБ) с диагнозом коронавирусной инфекции. Идентификацию и определение чувствительности выделенных микроорганизмов с 9 группами антибактериальных препаратов с помощью дискодиффузионного метода на агаре Мюллера-Хинтон. Материалом для исследования были мазок из зева и носа, мокроты. Для контроля качества определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам параллельно с тестированием клинических изолятов проводилось тестирование контрольного штамма *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *streptococcus pneumonia*.

Анализировали применение антибиотиков у госпитализированных больных со сравнениями клинических руководств 1,2,3,4,5 версий. Анализ данных проводили на платформе Excel 2019, Microsoft Word.

Результаты исследования и их обсуждение. Было исследовано 419 больных с диагнозом коронавирусной инфекции, число ПЦР позитивных 64,4% (270) и 35,5% (149) ПЦР негативных. Из них с легким течением 45 больных, что составило (10,7%), со средне тяжелым течением – 73 (17,4%), с тяжелым течением 150 (35,8%) и крайне тяжелым течением 40 (9,5%). По результатам исследования все 45 пациенты с легкой

тяжести с 77,7% положительным ПЦР анализом принимали антибиотики такие как ципрофлоксацин, левофлоксацин, азитромицин и цефтриаксон. Однако, отмечается массовое применение антибиотиков даже при легком течении коронавирусной инфекции.

Анализируя наши данные в решении проблемы лекарственной устойчивости сравнивали данные до (2018г) и после пандемии (2023г) коронавирусной инфекции. Для исследования были выбраны стафилококковые, стрептококковые и пневмококковые инфекции, которые являются возбудителями внебольничной пневмонии бактериальной этиологии. Избраны образцы из макроты всего – 177 за 2018 год до пандемии и 178 за 2023 год после пандемии, а также слез из зева за 2018 год по данным до пандемии всего 466 образцов и за 2023 год – 1470 образцов.

Распространенность этих инфекций за исследованный период увеличилась более чем 100% в 2023 году по сравнению с 2018 годом, до пандемии.

В 2018 году по отношению штамма *Streptococcus pneumoniae* чувствительности к фторхинолонам (ципрофлоксацин чувствительность 81,8%), чувствительность к цефалоспорином 3 го поколения (Цефтриаксон, цефетоксим), и резистентным к 2-му поколению (цефеклор). Идет тенденция резистентности к тетрациклинам 23,8%, макролидам 21,8% и природным пенициллинам (пенициллин 17,3%).

2023 год после пандемии чувствительность фторхинолоны а чувствительность этого антибиотика составляет 36%. Также цефтриаксон на вышеуказанный год чувствительность 48,2%. Также производные пеницилина, а именно пенициллин обладает резистентностью более чем 50%.

По данным 2018 года штаммы *Staphylococcus spp* 74,81 % случаев обладали устойчивостью к производным пенициллинам такие как пенициллин 83,33%, ампициллин 80% и амоксицилин 50% обладает устойчивостью. На 2018 год чувствительность цефалоспоринов к стафилококковой инфекции показывало коэффициент выше среднего который составило 59%, цефтриаксон (76.1%) и цефетоксим (42.1%). Наибольшей активностью обладали аминогликозиды (амикацин, меркацин) к которому чувствительны были 90% изоляты. Стафилококк обладает устойчивостью к производным пеницилинам 70%, тетрациклинам 86,66% и макролидам 52%.

В сравнении с 2018 на 2023 год чувствительности *Staphylococcus spp* понизилась на 33,33 %, к аминогликозидам примеру гентамицин и резистентность к ципрофлоксацину повысилось на 10%. Предельным коэффициентом чувствительности обладают карбапенемы (имипенем 70%, меропенем 86,9%), 2018 это группа антибиотиков не использовано для определения чувствительности стафилококковых инфекций, из данных.

Штаммы стрептококка по сведениям 2018 года показывает средний коэффициент чувствительности ципрофлоксацин (80,6%) и левофлоксацин (75%). Также можно увидеть показатели выше среднего к аминогликозидам III поколения (амикацин 81,81%) и с II поколения гентамицин (66,66%). По отношению цефалоспорином *Streptococcus spp* обладает чувствительностью к IV поколению этой группы антибиотиков (цефепим 79,3%) с III поколения цефотоксину и цефтриаксону.

Аналогия данных 2023 года показывает использование антибиотиков группы тетрациклинов и гликопептидов снизилось на 90% по отношению *Streptococcus spp* в сравнении с 2018 года. 2023 год чувствительность к макролидам 9%, 2018 году чувствительность этой группы антибиотиков было выше 40%. Показатели чувствительности по отношению пеницилинам показывает, что идет тенденция антибиотикорезистентности, однако ампицилины (46,4%) и амоксицилины (48,6%) по отношению к стрептококковую инфекции показывают стабильный коэффициент

чувствительности. Также стоит отметить антибиотики, использованные во время пандемии при лечении легкой степени коронавирусной инфекции, такие как цефтриаксон, азитромицин, ципрофлоксацин показывают снижение чувствительности более чем на 30%.

#### **Выводы**

По исследованным данным пандемия COVID-19, возможно, ускорила появление и передачу УПП, особенно тех антибиотиков, которые не корректно использованы во время пандемии. Эти результаты подтверждают необходимость усиления профилактики инфекций, рационального использования антимикробных препаратов и эпиднадзора за УПП в контексте пандемии COVID-19. Самостоятельное применение антибиотиков, эмпирическое назначение антибиотиков и антибиотики, назначаемые врачами общей практики, были факторами риска высокого уровня АР во время COVID-19.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ**

**Д.К.Абдурахманов, М.А.Хакимов, С.К.Алиджанов, Б.Н.Всмаев**  
**Республиканский специализированный научно-практический медицинский**  
**центр фтизиатрии и пульмонологии,**  
**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Среди впервые выявленных больных туберкулёзом почки (ТП) распространенные формы встречаются до 40%, и частота нуждающихся в операции достигает 30-80% (О.Н. Зубань, 2007; М.Н. Тилляшайхов и др., 2015; М.А. Хакимов, 2021). Применение комплексного клиничко-лабораторного и лучевого исследования при деструктивном ТП позволит выбрать оптимальную хирургическую тактику.

Цель работы: определить диагностическую ценность лучевых методов обследования в выборе тактики хирургического лечения у больных различными осложнениями ТП.

Материал и методы исследования: у 77 больных при ТП проводилось комплексное обследование, включавшее рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию (КТ), бактериологическое исследование мочи. Диагноз ТП был установлен на основании выделения микобактерии туберкулеза в моче у 26 (33,8%) пациентов, на основании гистологического исследования - у 29 (37,7%) и на основании клиничко-рентгенологической картины - у 22 (28,5%) больных.

Результаты: среди деструктивных форм ТП чаще встречалась поликавернозная форма (32,4%) и кавернозная форма - у 19 (24,7%). Результаты лучевой диагностики были достаточно информативными, четкие эхографические признаки ТП были установлены у 63,6%, урографические – у 49,4% и компьютерно-томографические – 73,9% больных. Каверны и множественные каверны, сообщающиеся с ЧЛС, во всех 44 случаях визуализировались при КТ, в 43 – при эхографии и в 17 – при экскреторной урографии. Итак, посредством лучевого изучения различных форм ТП более детально определена структурная сущность специфических изменений в почках, по поводу которых выполняются операции. Из 77 больных деструктивными формами ТП оперировано 45, в том числе нефрэктомии выполнены у 22 (48,9%), чрескожных пункционных нефропиелостомии (ЧПНС) – у 16 (35,5%), реконструктивно-пластические операции мочеточника – у 4 (8,9%), кавернотомии – у 3 (6,7%) пациентов.

**Заклучение.** Таким образом, сравнение эффективности использования эхографических и КТ исследований мочевых путей для выявления туберкулеза почек и мочевых путей с традиционными лучевыми методами демонстрирует более высокие диагностические качества. Эхография, а также при необходимости КТ почек и мочевых путей позволяет с высокой вероятностью выявлять степень уродинамических нарушений и оценивать функциональную сохранность мочевыводящего тракта и почечной паренхимы. КТ является высокоинформативным методом оценки изменений почек при ТП и позволяет дать полную информацию о локализации, размере, деструктивные изменения в паренхиме почки, состояние чашечно-лоханочной системы, а также об изменениях почечных фасций.

## **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ТИПОВ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА**

**Абдурахмонов И.Т., Ганиев А.Г., Абдурахмонов Х.И., Абдурахмонова Г.М.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Наши исследования показали, что, клинические симптомы зависели от исходного вегетативного тонуса, чаще имели ваготоническую направленность, более выраженную у девочек ( $p < 0,048$ ), нежели у мальчиков. Многие клинические симптомы, выявленные со стороны сердечно – сосудистой системы, такие как расширение границ сердца (перкуторно), приглушенность, усиление, расщепление его тонов на различных точках прослушивания, сопровождавшихся часто систолическим шумом в области сердца, нами расценено как проявление функциональной кардиопатии.

Представленные материалы, что многие антропометрические показатели и индексы у больных детей с проявлениями ПВЖ ретардированы по сравнению со здоровыми их сверстниками, при учете возрастной динамики. Физическая ретардированность у девочек в возрасте 7–10 лет выявляется по значению индекса Пинье ( $p < 0,001$ ), Варги ( $p < 0,001$ ), а в возрасте 11–14 лет, по массе тела ( $p < 0,01$ ), индексу Кетле ( $p < 0,01$ ), Варги ( $p < 0,001$ ). Видно, что ретардированность в показателях физического развития больных мальчиков по сравнению с девочками более выражена и охватывает большое число параметров антропометрии. Так, у мальчиков в возрасте 7–10 лет, низкие значения антропометрии по сравнению со здоровыми выявляются в индексах Варги ( $p < 0,001$ ), АПТ ( $p < 0,05$ ), а в возрасте 11–14 лет в массе и длине тела ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ), окружности головы ( $p < 0,001$ ), индексе Кетле ( $p < 0,01$ ), Пинье ( $p < 0,05$ ), Варги ( $p < 0,001$ ) и АПТ ( $p < 0,001$ ). У некоторых больных детей выявились опережающие явления по сравнению со здоровыми детьми. Такие изменения выявились по окружности груди у девочек и мальчиков в возрасте 7–10 лет и 11–14 лет, длине тела (мальчики 7–10 лет,  $P < 0,001$ ), индексу Эрисмана у девочек в возрасте 7–10 ( $P < 0,001$ ), у мальчиков в возрасте 11–14 лет ( $p < 0,001$ ). По данным многих антропометрических индексов Бругша, Эрисмана, Пинье, Варги являются длина, масса тела, окружность груди, видно, что больные дети ретардируют по многим абсолютным антропометрическим показателям и в большинстве индексов имеют признаки дисгармонии – разнонаправленности возрастной динамики отдельных показателей. Такая разнонаправленность в показателях антропометрии, из 12 изученных параметров у мальчиков в возрасте 7–10 лет выявились в 5 показателях ( $41,7+5,44\%$   $p > 0,05$ ), а в возрасте 11–14 лет в 10 признаках ( $83,3+4,12\%$   $p < 0,001$ ), и существенно отличались от

таковых у больных девочек в возрасте 7–10 лет (33,3+5,2%) и 11–14 лет 50,0+5,52%). Необходимо отметить, что ретардация и дисгармоничность в показателях антропометрии детей тесно зависит от их соматического развития нами изучено распределение случаев нормального (мезо–) опережающего (макро–) и ретардированного (микросоматотип) развития больных детей в сравнение со здоровыми.

Данные наших исследований показывают, что среди детей с ПВЖ существенно уменьшена доля мезосоматического типа развития (39,0+5,38%  $p < 0,001$ ) и увеличен удельный вес микросоматического т.е. ретардированного типа развития (51,2+5,52%,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, анализ полученных материалов по изучению физического развития детей с ПВЖ позволяет говорить о том, что последние значительно отстают по данным многих антропометрических показателей, у них снижены темпы биологического созревания. Показано, что соматическая незрелость детей с ПВЖ опосредована с их пре- и перинатальными периодами развития ( $r=0,428$ ) и отягощенной наследственностью по болезням трофотропной направленности ( $r=0,784$ ), чем эрготропного генеза ( $r=0,384$ ,  $p < 0,05$ ).

### **НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПВЖ**

**Абдурахмонов И.Т., Ганиев А.Г., Арифходжаев А.Т., Абдурахмонов Х.И  
Андижанский государственный медицинский институт.**

Обследованные дети с проявлениями ПВЖ предъявляли самые разнообразные жалобы, связанные с возрастом, полом и имели разную вегетативную окраску. Так, соответственно мальчики и девочки предъявляли жалобы на чувство онемения, «мурашки» (парестезия) на коже туловища, на конечностях (14,04 и 8,0%  $p > 0,05$ ), общую или регионарную (преимущественно на ладони и подошве) потливость (21,1 и 20,0%  $p > 0,05$ ), чувство «прилива» при эмоциональных и физических нагрузках (8,77 и 12,0%  $p > 0,05$ ), не переносили душных помещений, езды в автомобиле (10,5 и 16,0%  $p > 0,05$ ), у некоторых отмечались не переносимость холодной погоды (12,3 и 12,0%  $p > 0,05$ ), отмечалась головная боль пульсирующего характера (5,26% и 8,0%  $p > 0,05$ ), сопровождавшаяся «звоном в ушах», потемнением в глазах, ощущением сердцебиения, что напоминает картину симптомокомплекса – предсинкопальных явлений. У 5,26 и 12,0% детей (мальчиков и девочек) отмечались чувство нехватки воздуха и «вздохи», боли в конечностях (3,51 и 4,0%  $p > 0,05$ ). Наблюдалось, что у 35,0% девочек и 24,6% мальчиков выявлялись жалобы на кратковременные боли в области сердца с нечеткой локализацией, которые носили чаще «ноющий», «давящий» характер (24,0% и 17,5%  $p > 0,05$ ), реже «колющий» (12,0% и 7,02%  $p > 0,05$ ), сопровождались чувством «сердцебиения» и «перебоев» (7,02% и 4,0%  $p > 0,03$ ). Жалобы чаще провоцировались психоэмоциональными и физическими перенапряжениями и проходили самостоятельно, дети редко обращались к врачу. У детей кардиалгия, возникающая на фоне психоэмоциональной нагрузки носит психогенный характер, и не имеет в своей основе ишемии миокарда. Однако, кардиалгия на фоне физической нагрузки, выявленная соответственно у 8,0% и 10,5% девочек и мальчиков ( $p > 0,05$ ), не позволяет полностью исключить возможности ишемического характера болей, особенно у детей с кардитом, тонзиллогенными интоксикациями и т.д.).

Нервно – психическая среда обследованных детей в 21,1 – 16,0% случаях ( $p > 0,05$ ) соответственно у мальчиков и девочек характеризовалась быстрой сменой настроения, некоторой торопливостью, в действиях. Другие дети выглядели адинамичными, вялыми (7,0% и 24,0%  $p < 0,01$ ), не решительными на уроках (5,26% и 12,0%  $p < 0,01$ ), сон у них в 14,04% и 12,0% ( $p > 0,05$ ) случаях был поздним, отмечалась трудность в засыпании, сон был коротким, прерывистым, беспокойным, со сновидениями, имелось чувство страха (8,77% и 4,02%  $p > 0,05$ ). У части детей сон наступал быстро, был длительным, отмечалась трудность в пробуждении (7,0% и 12,0%  $p > 0,05$ ), вялость, сонливость по утрам (5,26% и 8,0%  $p > 0,05$ ), сочетавшаяся с пассивностью на утренних занятиях.

У больных девочек по сравнению с популяционными данными, наиболее часто встречаются клинические симптомы как, вялость и адинамичность ( $p < 0,021$ ), диффузный красный дермографизм ( $p < 0,045$ ), усиленная пульсация шейных сосудов ( $p < 0,001$ ), симптом Хвостека ( $p < 0,018$ ), повышение сухожильных рефлексов на руках ( $p < 0,007$ ), и ногах ( $p < 0,001$ ), понижение рефлексов на руках и ногах ( $p < 0,02$ ), снижение брюшных рефлексов ( $p < 0,044$ ), приглушенность тонов на основании сердца ( $p < 0,026$ ), на верхушке ( $p < 0,001$ ), усиление тонов сердца ( $p < 0,001$ ) и их расщепление на верхушке ( $p < 0,018$ ). У мальчиков по сравнению со здоровой популяцией детей часто наблюдались такие симптомы, как увеличение щитовидной железы I и II степени ( $p < 0,001$ ), повышенная потливость, снижение температуры конечностей, акроцианоз ( $p < 0,001$ ), дермографизм белый ( $p < 0,042$ ) красный ( $p < 0,021$ ), усиленная пульсация шейных сосудов ( $p < 0,005$ ), симптом Хвостека ( $p < 0,034$ ), гипотония мышц рук и ног ( $p < 0,016$ ), усиление сухожильных рефлексов на руках ( $p < 0,035$ ), их ослабление на ногах ( $p < 0,048$ ), приглушенность тонов сердца на верхушке ( $p < 0,006$ ), разлитая болезненность в области эпигастрия, вокруг пупка и по ходу кишечника при объективном исследовании ( $p < 0,042$ ).

## **К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА**

**Абдурашидов Ф.Ш., д.м.н., доцент Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К.  
Республика Узбекистан. (ректор, д.м.н., проф. Мадазимов М.М.)  
Медицинский госпиталь ALMOZN (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef),  
Арабская Республика Ливия.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность проблемы: Общеизвестно, что в структуре urgentных хирургических заболеваний абдоминальной хирургии острый аппендицит является самой распространенной патологией. У 4-42% пациентов выявляются осложненные формы острого аппендицита. Наиболее распространенными осложнениями является перфорация червеобразного отростка и различные формы перитонита. Локальные формы аппендикулярного перитонита встречаются у 27-62% пациентов, диффузный и разлитой перитонит у 11-30%. При осложненных формах острого аппендицита количество послеоперационных осложнений различного характера остается высоким и достигает до 40%, и в некоторых случаях являются причиной конверсий.

Развитие осложнений гнойно-воспалительного характера приводит к значительному увеличению длительности стационарного лечения, удорожанию стоимости лечения и в ряде случаев представляет реальную угрозу для жизни больного.

Исходя из этого, проблема хирургического лечения осложненных форм острого аппендицита требуют разработки новых методологических и технических подходов к вопросам профилактики и борьбы с послеоперационными осложнениями, в частности гнойно-воспалительного характера.

Цель исследования. Выявить эффективность методики однократной превентивной антибиотикотерапии для профилактики гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование, при этом базовыми являлись тщательный сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, диагностическая лапароскопия (ДЛ). Ультразвуковое исследование брюшной полости производили с помощью сканера SonoScape – P20, производства Германия. По показаниям мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Данное исследование производили на компьютерном томографе производства США, Генерал Электрик, модель 2022 года. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании комплекса полученных данных.

Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная форма, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная форма, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма. Пациенты оперированы в течение 3-4 часов с момента поступления после кратковременной интенсивной подготовки с учетом общего состояния. Лейкоцитоз у оперированных больных варьировал от 9,7 до 19,4 тыс/мкл. Относительно большой процент деструктивных форм острого аппендицита, а именно 106 или 82,8%, связано с поздней госпитализацией, отдаленностью проживания пациентов и местными социально-бытовыми условиями. Методика однократной превентивной антибиотикотерапии (Акт внедрения №206 от 09.10.2023г., Рационализаторское предложение № 155 от 13.11.2023. АндГосМИ): после определения индивидуальной чувствительности для каждого больного в отдельности, антибиотик (1гр. цефтриаксона) вводится однократно внутривенно за 30 минут до операции. Если оперативное вмешательство проводилось более 2 часов, во время операции дополнительно вводится ½ часть этого же антибиотика. Важно, чтобы предоперационная доза вводилась непосредственно перед операцией (за 30 мин.) так, чтобы во время первого введения троакара в сыворотке и тканях имелся достаточный уровень антибиотика. Если воздействие инфицирующих организмов вероятно (деструктивные формы аппендицита осложненное перитонитом), то антибиотик дополнительно вводится с соответствующими интервалами во время операции, чтобы при необходимости был обеспечен достаточный уровень антибиотика. Учитывая высокие концентрации цефтриаксона в тканях после внутривенного введения, через 30 минут после внутривенного введения Смах составляет 100-150 мг/л, нами для превентивной антибиотикотерапии был выбран именно этот антибиотик.

Все больные в зависимости от применявшейся методики антибиотикотерапии разделены на две сравниваемые группы:

I группа (контроль) – 49 больных (46,2%), применялась традиционная антибиотикотерапия с интервалом 6 часов в течение 6-7 дней;

II группа (основная) – 57 больных (53,8%), применялась разработанная методика однократной превентивной антибиотикотерапии.

По патоморфологическим изменениям в аппендиксе обе группы были идентичны. Сравнительную оценку течения послеоперационного периода проводили по следующим критериям: частота пульса, температура тела, уровень лейкоцитов в периферической крови, УЗИ брюшной полости в динамике, при необходимости рентгеноскопия грудной клетки, динамический контроль состояния пункционных каналов.

Результаты исследования. При анализе динамики пульса до операции и в течение послеоперационного периода отмечалось учащение пульса в первые сутки у больных обеих групп. В первые сутки после операции температура тела была повышенной у больных I группы у 82,5%, во II группе – у 54,7%. На третьи сутки в основной группе у всех больных температура тела нормализовалась, тогда как, в контрольной у 35,1% больных была повышенной и сохранялась таковой на четвертые сутки у 21,1% больных.

Изучение динамики количества лейкоцитов в периферической крови показало следующие результаты: лейкоцитоз наблюдался в первые сутки у 85,3% больных I группы и у 62,5% больных II группы. На третьи сутки послеоперационного периода лейкоцитоз отмечен у 47,1% больных контрольной группы и у 14,6% основной. На четвертые сутки уровень лейкоцитов у 8,8% больных I группы был повышен, тогда как во II группе отмечали нормальные показатели лейкоцитов в периферической крови.

Послеоперационные осложнения в виде нагноения области «умбиликального» прокола диагностированы у 5 (4,7%) больных, подкожная эмфизема – у 4 (3,8%), бронхо-легочные осложнения наблюдались у 7 (6,6%) пациентов. Во второй группе на 57 больных диагностировано 4 (7,0%) случая подкожной эмфиземы в месте прокола брюшной стенки троакарном. Указанные были скорректированы консервативными мероприятиями.

Применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при лапароскопической аппендэктомии характеризуется практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на четвертые сутки после операции. У половины больных в послеоперационном периоде вообще не отмечается повышения температуры тела. Указанные обстоятельства доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической аппендэктомии.

**Выводы:** Применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при лапароскопической аппендэктомии характеризуется практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на четвертые сутки после операции. У половины больных в послеоперационном периоде вообще не отмечается повышения температуры тела.

Указанные обстоятельства доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической аппендэктомии.

## **ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ.**

**Абдухафизов У.А., Садиков У.Т.  
Central Asian Medical University, Узбекистан, Фергана.**

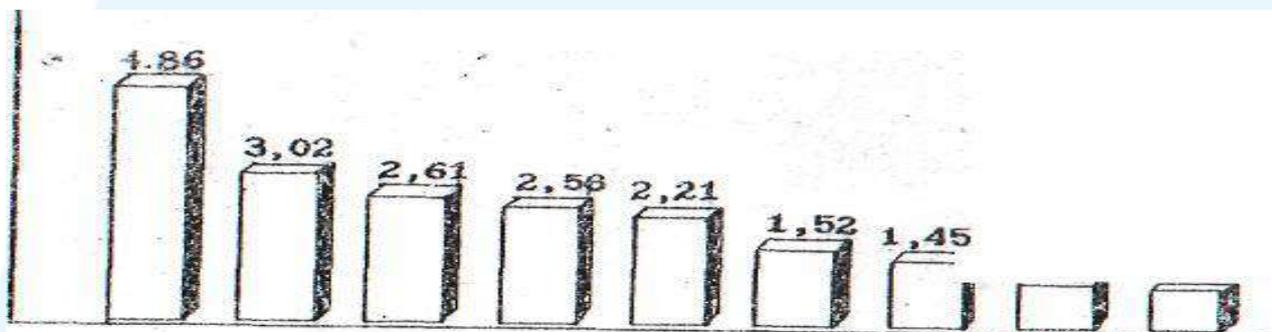
В настоящее время укрепление здоровья населения как политическое и стратегическое направление в здравоохранении в прогрессивно развивающемся обществе получает все больше признания. Результаты крупных зарубежных и отечественных исследований, посвященных главным образом эпидемиологии и профилактике основных хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), свидетельствуют о том, что, используя методы выявления и лечения ХНЗ, можно добиться существенного уменьшения заболеваемости, инвалидности и смертности от них. Поэтому в последнее десятилетие внимание многих эпидемиологов и организаторов здравоохранения приковано к поиску наиболее эффективных методов борьбы с хронической неинфекционной патологией.

Разработка и реализация любой профилактической программы требует всестороннего изучения эпидемиологических условий той или иной патологии. Последние десятилетия широкое распространение получило применение в логистических и связанных с ними процессах методов моделирования. Моделированием называется процесс создания модели, т.е. упрощенного представления объектов действительности, которое вбирает в себя только самые значимые черты моделируемого объекта, обстрагируя от несущественных в рамках конкретного исследования подробностей. Логистическая модель - это математическое представление процесса с определенными начальными условиями и правилами, которые позволяют анализировать и предсказывать изменения в системе, поэтому она является важным инструментом для оптимизации и принятия решений в различных областях.

**Цель исследования.** Изучить информативности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний с помощью логистической модели в популяции мужчин и женщин Ферганской долины.

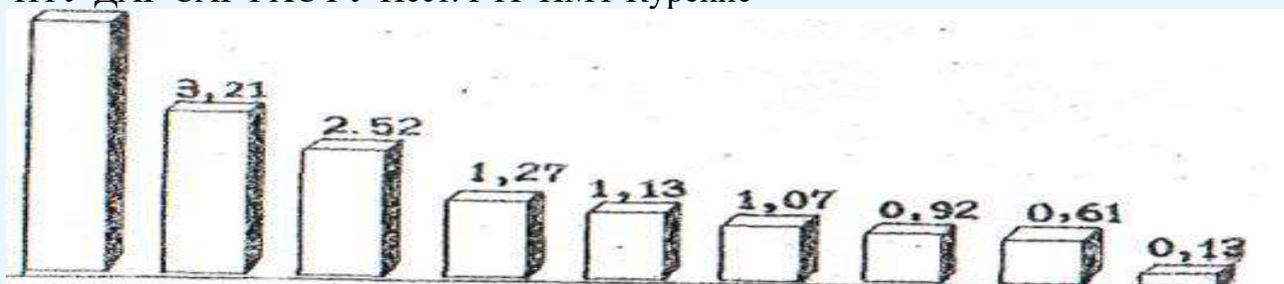
**Методы исследования.** Путем использования логистической модели удалось рассчитывать индивидуальный риск развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения Ферганской долины с учетом наличия и потенциала факторов риска: нарушение толерантности к углеводам (НТУ), систолическая артериальная гипертензия (САГ), диастолическая артериальная гипертензия (ДАГ), гиперхолестеринемия (ГХС), гиперурикемия (ГУ), гипертриглицеридемия (ГТГ), пестицидемия (Пест.), избыточная масса тела (ИМТ), Курение.

**Результаты исследования.** На рисунке показана степень информативности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у мужчин и женщин 20-59 лет сельской организованной популяции Ферганской долины, что показало как у мужчин так и у женщин наиболее высокое прогностическое значение в отношении ХНЗ имеет НТУ ( у мужчин 4,86 ; у женщин 5,19).



Мужчины

HTU DAG САГ ГХС ГУ Пест. ГТГ ИМТ Курение



Женщины

HTU DAG САГ ГХС ГУ Пест. ГТГ ИМТ Курение

Гиперурикемия у мужчин имеет более высокое прогностическое значение, чем у женщин (2.21 и 0,61 соответственно). Наименьшую информативность в обеих популяциях имеет курение. С использованием логистической модели установлен уровень индивидуального риска развития ХНЗ каждого обследованного и на этой основе построено процентильное распределение и вся популяция мужчин и женщин по степени риска возникновения ХНЗ распределена на 3 группы: 1. Группа умеренного риска (86,9 %); 2. Группа высокого риска (10,3 %) и 3. Группа заболевших (3,6%).

Выводы: Как у мужчин, так и у женщин среди всех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний самое высокое прогностическое значение имеет нарушение толерантности к углеводам. Информативность гиперурикемии у мужчин выше, чем у женщин.

Практические рекомендации: При массовом обследовании населения Ферганской долины для выявления ХНЗ необходимо широко проводить тест толерантности к углеводам и анализ мочевой кислоты, особенно у мужчин.

## МЕТОДЫ МИНИМАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ВЫЗВАННОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Абидов У.О., Хайдаров А.А., Хаджаев К.Ш., Болтаев Н.Р., Обидов И.У.,  
Кенжаев Л.Р.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. По данным научного прогнозирования, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, наследственными факторами. За последние 10 лет произошли изменения в структуре причин механической желтухи: увеличилась доля опухолевых заболеваний. Более 80% пациентов со злокачественными опухолями гепатопанкреатобилиарной области, осложнёнными

механической желтухой и холангитом, не могут быть подвергнуты радикальной операции.

Цель исследования: показать эффективность минимально инвазивных методов декомпрессии в лечении больных механической желтухой злокачественного генеза. Материалы и методы. Среди всех пациентов в возрасте после 55 лет - злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (20%).

Результаты. Опухоль головки поджелудочной железы 365(12,3%), опухоль большого дуоденального сосочка 129-4,3%, опухоль желчного пузыря 87(3%), опухоль ворот (опухоль Клатскина), метастазы в печень из других локализаций и сужения ОЖП вследствие перихоледохиальной ЛАП-138 (4,6%). При проксимальном расположении опухоли в печеночных протоках, выраженной билиарной гипертензии используется чрескожное чреспеченочное дренирование (ЧЧХС). При дистальном расположении опухоли эти задачи решают, применяя эндоскопические методики. Такая тактика позволяет добиться эффективной декомпрессии желчных путей при низких показателях частоты послеоперационных осложнений и летальности. В нашем филиале, чаще всего, использовали метод ретроградной декомпрессии внутрипеченочных желчных протоков, использовали пластиковые стенты различных размеров (F8 - 12, 15 см) и удалось произвести декомпрессию, даже при проксимальных опухолях. Вместе с тем, выполнение этой манипуляции при панкреатобилиарных опухолях часто оказывалось невозможным из-за локализации сужения (проксимальное расположение), его протяженности и плотности опухолевой ткани. В этих случаях отдавали предпочтение чрескожному чреспеченочной методике декомпрессии под рентгенотелевизионным или ультразвуковым контролем. Из 719 больных со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны, из-за невозможности установления стентов ретроградным путем, 44 (6,1%) больным формировали ЧЧХС. Транспапиллярное эндопротезирование гепатикохоледоха выполняем в основном при опухолях панкреатобилиарной зоны и стриктурах. За исследуемый период установлено 189 пластиковых стента. Используем стандартные пластиковые эндопротезы фирмы "Olimpus" (Япония) и "Willson-Cook" (США).

Выводы. На 1-м этапе лечения у пациентов с механической желтухой целесообразно осуществлять временную декомпрессию желчных путей, как подготовку к основному этапу лечения, а в иных неоперабельных случаях - и как полную замену хирургического лечения.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**Авезов С.К., Арслонов А.А., Мансуров.А.Б.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. При черепно-мозговой травме детского возраста импрессионные переломы свода черепа очень часто наблюдается в детском возрасте и механизмом травмы в этих случаях является падения с высоты особенно с рук матери ребенка удар тупым предметом. Основным методом лечения вдавленных переломов костей свода черепа является хирургическое вмешательство. В таких случаях производится либо вправления вдавленного участка отломков, либо удаления вдавленных костных отломков. Удаление вдавленного участка кости в дальнейшем может привести к развитию оболочечно-мозгового рубца, появлению неврологических расстройств. В

связи с этим вопрос лечения данной категории больных является актуальной проблемой нейрохирургии детского возраста.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения импрессионных переломов костей свода черепа.

**Материал и методы:** в детском отделении хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП с 2021 по 2023 годы находилось 10 больных детей в возрасте от 4 месяца до 6 лет вдавленными импрессионными переломами костей свода черепа. По механизму полученной травмы больные были распределены следующим образом:

1. Падения с высоты от руки матери-6 больных 2. Удар тупым предметом-4 больных. Всем больным при поступлении в приемно-диагностическое отделения РНЦЭМП БФ произведен клинично-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания у 7 больных –от оглушения до сопора, у 3 больных- без неврологических нарушений. Всем больным было произведена рентгенография черепа в двух проекциях, МСКТ исследование головного мозга при которых выявлены признаки импрессионного перелома костей свода черепа. Площадь вдавленного участка перелома колеблется от 2,0-3,0см до 4,0-5,0см и глубина составила от 1,0 до 2,0см. В зависимости от вида проведенных оперативных вмешательств больные были разделены на 2 группы:

Наложение расширенного фрезевого отверстия с последующим вправлением вдавленного костного отломка черепа-6 больных костно-пластическое выкраивание кости, устранение импрессионного перелома и установление костного лоскута на место-у 3 больных. В первом случае накладывали расширенное фрезевое отверстие рядом с участком вдавленного импрессионного перелома и при помощи элеватора приподнимали вдавленный участок кости. Во втором случае, когда не удавалось приподнять вдавленный участок, было произведено удаление вдавленных костных отломков.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал без осложнения. Пальпаторно и рентгенологически отмечали полное устранение вдавления, косметического дефекта не наблюдалось. Швы снимали на 9-10 сутки после операции и больные выписывались на амбулаторное лечение под наблюдением врачей детского невропатолога.

**Выводы.** Предпочтительным хирургическим методом лечения вдавленных импрессионных переломов костей свода черепа в детском возрасте является приподнятие вдавленного участка или при невозможности этого процесса –костно-пластическое устранение вдавленного импрессионного перелома свода черепа. Данный вид оперативного малоинвазивного вмешательства является профилактикой поздних осложнений черепно-мозговой травмы.

## **К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ДЕТЕЙ**

**Авезов С.К., Арслонов А.А., Мансуров.А.Б.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

**Актуальность.** Нетравматические внутримозговые кровоизлияния являются актуальной проблемой нейрохирургии. В случаях, когда они встречаются у лиц старшего возраста, причиной большинства случаев являются гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга. Но в последние годы с развитием диагностических методов исследования (МСКТ и МРТ головного мозга) стали чаще выявляться нетравматические кровоизлияния у детей. Субарахноидальное

кровоизлияние вызванным разрывом аневризмом сосудов головного мозга у детей занимает одно из лидирующих мест как причина тяжелой инвалидизации и смертности среди больных сосудистой патологией головного мозга.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения нетравматических внутримозговых кровоизлияний у больных детского возраста.

**Материал и методы:** так в РНЦЭМП БФ за период с 2016-2023г находилось под наблюдением и лечения 17 больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Среди них 11 мальчиков и 6 девочек. Большинство больных поступили переводом из других не специализированных стационаров (педиатрическая, инфекционная). При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование включающее неинвазивные методы исследования (нейроофтальмологическое, нейрофизиологическое, МРТ и МСКТ головного мозга). Общее состояние детей расценивалось по общепринятой классификации Xanta-Xessa (1968г). В зависимости от тяжести состояния поступивших больных и данных МРТ и МСКТ головного мозга у 3 больных было произведено оперативное вмешательство по удалению внутримозговых и субдуральных гематом. В остальных случаях проведена интенсивная рассасывающая консервативная терапия.

**Результаты.** Хотелось бы отметить, что практически всем больным в алгоритм обследования было включено МРТ головного мозга в ангиографическом режиме на предмет возможной сосудистой патологии. При этом у 6 детей выявлено артерио-венозная мальформация (АВМ) сосудов головного мозга у 10 детей артериальная аневризма.

**Выводы.** Таким образом, в большинстве случаев у детей с не травматическими кровоизлияниями причиной могут быть сосудистые заболевания головного мозга (АВМ, артериальная аневризма) которые требуют дополнительной ангиографии сосудов головного мозга.

## **КОРРЕЛЯЦИЯ ТИПА ПРЕМОРБИДА И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ХАРАКТЕРЕ ДЕБЮТА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С.Исламов., Ш.Х., Мамасолиева Ш.А.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

**Цель исследования.** Целью исследования явилось определение прогностической значимости соотношения типа преморбида и экзогенных факторов в характере дебюта эпизодической шизофрении.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных с эпизодическим типом течения шизофрении города Андижан с длительностью заболевания более 15 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Острый дебют заболевания чаще наблюдался при эпизодической ремитирующей шизофрении в группа больных без патологических черт характера в преморбиде (39,6%-15,5%,  $p < 0,05$ ). Вялое начало заболевания с инициальных расстройств, наоборот, чаще отмечалось при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом в группе больных с шизоидными чертами характера в преморбиде, причем как при наличии экзогенной провокации (1,9%-10,1%,  $p < 0,05$ ), так и при отсутствии (1,9%-8,9%,  $p < 0,05$ ), а также в группе больных другими типами преморбида и влиянием экзогенных факторов (1,3%-7,1%,  $p < 0,05$ ).

Среди инициальных расстройств при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом чаще встречались астено-неврозоподобная симптоматика в группе больных с шизоидным типом преморбиды, вне зависимости от влияния экзогенных факторов (1,3%-3,6%,  $p < 0,05$ ), и психопатоподобные расстройства в группе больных с другими типами преморбиды и воздействием экзогений (0%-1,8%,  $p < 0,05$ ).

Внутри эпизодической ремитирующей шизофрении зависимость между указанными параметрами заболевания выражалась только в том, что острый дебют заболевания значительно чаще наблюдался в группе больных без патологических черт характера в преморбиде и воздействия экзогенных факторов (23,4%-5,4%,  $p < 0,05$ ).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что наиболее благоприятным сочетанием в плане начала эпизодической шизофрении является отсутствие патологических черт характера в преморбиде и спонтанный дебют заболевания. В то время, как сочетание шизоидных черт характера в преморбиде и экзогенная провокация дебюта относительно часто коррелирует с дальнейшим эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом, то есть является неблагоприятным фактором прогноза эпизодической шизофрении.

### **СОЧЕТАНИЕ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭКЗОГЕНИЙ В ДЕБЮТЕ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.**

**Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С., Исламов Ш.Х., Мамасолиев З.Н.  
Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан.**

Цель исследования. Целью исследования явилось определение прогностической значимости сочетание возраста начала заболевания и экзогений в дебюте эпизодической шизофрении.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных шизофрении с эпизодическим типом течения города Андижана с длительностью заболевания более 20 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%).

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто ЭШ на нашем материале дебютирует в возрасте до 20 лет (42,5%), а также в возрасте 21-30 лет (34,2%).

Реже заболевание начинается после 30 лет (18,0%) и после 40 лет (5,3%). Причем, раннее начало заболевания в детском возрасте и подростковом возрасте чаще коррелирует с ЭШНД. Внутри ЭШР различий между возрастом начала заболевания и полом больных не обнаружено. При ЭШНД подростковом возрасте чаще заболевали мужчины, а во втором среднем возрасте (после 30 лет) - чаще женщины.

Сравнительный анализ соотношения возраста начала заболевания и экзогенных факторов в развитии дебюта болезни показал, что спонтанное развитие дебюта чаще наблюдалось при эпизодической ремитирующей шизофрении в группе больных с началом заболевания после 30 лет. Экзогенно спровоцированный дебют отмечался при обеих формах шизофренического процесса одинаково часто во всех возрастных группах больных, но при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом среди всех экзогений чаще встречались соматогении в группе больных с началом заболевания после 30 лет и алкоголизация(наркотизация) – в группе больных с ранним началом заболевания до 20-летнего возраста.

Внутри эпизодической ремитирующей шизофрении между указанными параметрами обнаружены следующие закономерности: экзогенно спровоцированный

дебют заболевания чаще отмечался в группе больных с началом заболевания в возрасте 20-25 лет по сравнению с группой больных, у которых заболевание началось в более старшем возрасте, инфекции чаще встречались при раннем дебюте заболевания, а черепно-мозговые травмы и беременность (роды) при дебюте заболевания в среднем возрасте.

Внутри эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом аналогичный анализ показал, что спонтанный дебют здесь, наоборот, чаще отмечался в группе больных с началом заболевания до 20-летнего возраста, а этой группе больных среди экзогенных факторов чаще встречались инфекции.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что в дебюта заболевания экзогенные факторы встречаются чаще при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом, но не зависимо от возраста к моменту начала заболевания. Спонтанный дебют в старшем возрасте (после 30 лет) коррелирует с эпизодической ремитирующей шизофренией, а в раннем возрасте (0-19 лет) - эпизодической шизофренией с нарастающим дефектом. Из всех экзогенных факторов особую роль играют инфекции и алкоголизация (наркотизация), что вновь подчеркивает особую патогенность указанных факторов. Раннее начало заболевания (до 20-летнего возраста) являются неблагоприятными факторами, а поздний возраст дебюта (после 30 лет) - благоприятными факторами развития заболевания.

## **ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**М.Л.Аграновский, Р.Р.Убайдуллаева**

**Андижанский государственный медицинский институт**

В эпоху цифровизации медицина шагнула вперед. Распространённость психических заболеваний, нехватка кадров, поздняя диагностика и пандемия COVID 2019 ускорила внедрение в оказываемой психиатрической помощи, цифровые вмешательства. Использование цифровых технологий могут охватить значительную часть населения для ранней диагностики психических заболеваний, способствовать поддержания психического здоровья. Цифровое вмешательство в области психического здоровья обосновывается важностью первого шага, той группы населения, которые неравномерно затронуты психическими заболеваниями. Такая возможность поможет в получении информации для достижений в клинической и научной психиатрии.

Ключевые слова: цифровая медицина, охрана психического здоровья, технологии, психические заболевания

Введение

Пандемия коронавирусного заболевания (COVID19) стимулировала потребность цифрового вмешательства в сфере охраны психического здоровья, так как спрос на психиатрическую помощь увеличивается. Цифровые технологии — это вмешательства в форме мобильных приложений, веб-программ, виртуальной реальности, телемедицинской консультации. Такую технологию можно использовать в сфере психического здоровья для ранней диагностики, профилактики и оценки психического статуса. Отсутствие ранее таких услуг, выдвинуло цифровое психическое здоровье на передний план чтобы устранить эти пробелы. Приложения, обеспечивающие легкий доступ для ранней диагностики и последующей профилактики ментального здоровья, среди разной возрастной группы, которые

получают недостаточно квалифицированную помощь, с учетом того, что почти 100 % людей имеют мобильные устройства, а более 80% используют смартфоны. Несмотря на то что использование приложения может охватить широкую аудиторию, чем традиционная психиатрическая помощь и соответственно расширить доступ оказываемой психиатрической помощи, данное цифровое вмешательство должно разрабатываться поэтапно. Важно отметить, готовность пациента или пользователя использовать приложение, для оценки своего психического состояния и дальнейшего его отслеживания, нуждается ли вообще пользователь в услугах по охране психического здоровья и сможет ли это приложение удовлетворить эти потребности.

Цель исследования: Осмысленная реализация цифрового вмешательства в охрану психического здоровья, с последующими возможными изменениями, вмешательствами и поддерживающим содействием.

Материал и методы исследования:

В исследовании приняли участия студенты 46 студентов 5 курса лечебного факультета и 44 студента 5 курса педиатрического факультетов Андижанского государственного медицинского института и 115 учащихся 9-10 класса 30 школы города Андижан. В качестве исследовательского материала по ранней диагностике и профилактике психического состояния, на кафедре психиатрии и наркологии АндГосМИ разработали приложение «Mental Health», где для начала в приложение включили вопросники с 6 разными синдромологическими диагнозами, таких как астенический синдром, обсессивно-компульсивный синдром, субдепрессивный синдром, синдром дисморфофобии, психопатоподобный синдром, тревожный синдром. После прохождения опроса на экране будут отображаться результаты в виде набранных баллов. Наименьше набранные баллы свидетельствуют о том, что ментальное состояние находится под контролем. Выше среднего и высокие баллы показывают о том, что имеются изменения в психической сфере, где необходима дальнейшая их коррекция, в ином случае обращению к специалисту.

Данный метод считается пилотным, так как необходимо будет убедиться, как оно работает, насколько выдает достоверную информацию об испытуемым.

Результат

По результатам исследования выявилось: у 24% имеется субдепрессивный синдром студентов, 18% обсессивно-компульсивный синдром, 7,7%, астенический синдром, 2,2%, тревожный синдром, среди учащихся 9-10 классов было выявлено 17,3% субдепрессивный синдром, 16,5 % преобладал тревожный синдром, 10,4% синдром дисморфофобии.

В ходе исследования как для учащихся, так и для студентов было интересно узнать свое психическое состояние. Для испытуемых — это новый опыт, так как ранее не знали, что можно на ранних этапах отслеживать свое психическое состояние, а затем получать рекомендации.

Из всех участников проходившие в исследовании, 3,4% были удивлены результатам, так как свое состояние оценивали здоровым и что данное их состояние никак не сказывалось на психическом статусе.

Данное приложение даст в будущем возможность отслеживать свое психическое состояние, в случае каких-либо нарушений раннюю диагностику пограничных психических расстройств и последующую их профилактику.

Недостатком приложения является, отсутствие на данном этапе рекомендации.

Однако приложение будет дорабатываться и усовершенствоваться.

**Заключение:** Имеется очевидная и срочная необходимость для удовлетворения потребностей различных групп населения в области психического здоровья.

Постоянный и быстрый темп развития современного мира, повышает спрос на охрану психического здоровья, что в свою очередь дает возможность внедрения цифровых технологий в области психического здоровья, для преодоления имеющегося кризиса в психическом здоровье. Удобные в применении, качественный и доступный материал в цифровых технологиях могут оказать значительное влияние, что в конечном итоге будут способствовать эффективному оказанию психиатрической помощи.

## **ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРОВАННОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Азизов А.М. Асилова С.У.,**

**Республиканский специализированный научно- практический медицинский  
центр травматологии и ортопедии и ТМА кафедры травматологии и ортопедии  
ВПХ с НХ**

**Актуальность:** Лечение при анкилозированного тазобедренного сустава является актуальной проблемой ортопедии. Клинические данные АН ТБС характеризуется тем, что у больных беспокоит постоянные боли в области ТБС и поясницы из - за боли ограничение или отсутствие движений в суставе, хромота при ходьбе, а также укорочение конечности и контрактурой в тазобедренном суставе. Из числа всех суставных патологий остеоартроз тазобедренного сустава несёт в себе наиболее важное значение, т.к. коксартроз по разным данным занимает около 73-75% из всех остеоартрозов. При этом анкилоз тазобедренного сустава развивается при 3-15% случаев коксартрозов. Причин развития анкилозов в тазобедренном суставе много. Среди них наиболее встречаемыми являются открытые и закрытые травмы, артриты (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, псориазический, инфекционный, туберкулезный артрит), дегенеративно-дистрофические заболевания, а также наблюдается после остеомиелита в области ТБС.

**Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 260 больных с анкилозированного ТБС . Из них : Посттравматический коксартроз -50, Идиопатический -90 и Болезни Бехтерева -120 больных. Всем больным проводили оценка функционального состояния больных при анкилозированного ТБС по R Judet (табл.) по 7 – балльной системе оценивались три параметри- боль, объём движений и ходьба. Больных делили на 2 группы основной - 140 больных и контрольной - 120 больных. .Основной группы проведено эндопротезирования тбс разработанный нами методики , контрольной группы традиционным методам.

Для оценки функционального состояния до тотального эндопротезирования ТБС были оценены 3 критериями ( с сильной боли 1 и до нет боли 6 баллов.). Степень объём движений с анкилозом в порочном положении 1 до 200 – 300 град. Оценка состояния ходьбы оценивалась от н е может ходит или почти не может 1 до норма 6 баллов. Выше указанные параметрии до операции суммировали, определяли функциональное состояние ТБС и уточняли показания к операции.

Результат суммы баллов : хороший 12- 10 баллов, удовлетворительные 9- 7 6 баллов и ниже не удовлетворительные. Показанием к операции явились сумма 7,6 и ниже баллов.

Эти показатели хорошо отражают глубину нарушения функции тазобедренного сустава. Средний балл 7-6 баллов является прямой показаний к к эндопротезирования тазобедренного сустава.

Выраженность болевого синдрома до операции у сильная, потеря сна отмечалось основной группе 35 и контрольной группе 31 больных. Сильная боль во время ходьбы,

пациент не может работать из 260 из них: основной группе 129 и контрольной группе 105 больных. Умеренная боль, пациент не может выполнять легкую работу наблюдалось у 31 из них: основной группе 15 и контрольной группе 16 больных. После операции сильная боль обоим группам отсуствовали. Легкая боль отмечали основной группы у 30 больных, контрольной группы у 62 больных.

При обследовании больных с АН ТБС анкилоз в порочном положении в основной группе отмечалось у 40 больных, контрольной группе у 35 больных. Анкилоз в функциональном положении в основной группе отмечалось у 82 больных, контрольной группе у 69 больных. 0 - 70 объём движений ТБС у наблюдаемых больных наблюдалось у 18 больных, контрольной группе у 16 больных. После операции объём движения основной группы полностью восстановилась у 120 больных, у 20 больных наблюдали незначительные ограничения движения тбс, контрольной группы объём движения полностью восстановилась у 80 больных, у 40 больных наблюдали незначительные ограничения движения тбс

Оценка состояния ходьбы больных с анкилозированным ТБС до операции в основной группе у 30, контрольной группе у 28 не могли или почти не могли ходить. Только на короткие дистанции могли ходить в основной группе у 85, контрольной группе 77 больных. Ходьба ограничена, ходит около часа с одной тростью отмечалось у 10 основной группе у 12, контрольной группе больных. Длинные дистанции с тростью, короткие без трости наблюдалось в основной группе у 15, контрольной группе у 3 больных. Средний балл у всех больных отмечалось ниже 6 баллов, что эти показатели указывает показания к эндопротезированию ТБС при анкилозировании. В основной группы после операции 120 больные через 1 мес., 20 больные 1.5 мес ходили без костилей. В контрольной группы 80 больные через 1.5 мес., 40 больные 2 мес ходили без костилей. Таким образом, учитывая выше указанных можем сказать, что оперированных в основной группе больных показатели лучше, по сравнению контрольной группы. Эти показатели указывают об эффективности операции разработанный нами.

#### **Выводы:**

1. Оценка функционального состояния больных при анкилозированном ТБС по R Judet оценивались три параметра- боль, объём движений и ходьба.
2. Эти показатели хорошо отражают глубину нарушения функции тазобедренного сустава
3. Средний балл 7-6 баллов является прямой показаний к к эндопротезированию тазобедренного сустава.
4. Показатели после операции параметров основной группы лучше, по сравнению контрольной группы, это указывает об эффективности операции разработанный нами.

## **ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ**

**Азизов Д.Т.**

**Кафедра хирургических болезней и гражданской обороны**

Актуальность. Помимо клинических признаков инфекции (например, воспаления, гной и боль), для определения раневой инфекции исторически использовалось количество микроорганизмов. Однако все чаще признается, что не только высокий уровень бионагрузки вреден для заживления ран, но и вирулентность вторгающегося микроорганизма и иммунный статус хозяина могут повлиять на

клинические исходы. Бактерии, такие как синегнойная палочка, золотистый стафилококк и эпидермальный стафилококк, разработали ряд факторов вирулентности, которые помогают им преодолеть защиту хозяина и размножаться в подлежащих мягких тканях. Более конкретно, бактериальные протеазы являются одним из таких факторов вирулентности, которые участвуют в стимулировании инвазии и разрушения ткани хозяина. Из-за сложности микроорганизмов протеазы могут негативно влиять на раневую среду, что приводит к замедленному заживлению ран.

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

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

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали (Рис.), что у пациентов с послеоперационными ранами средний показатель ОПА в составе смывов составлял  $31,7 \pm 2,8$  Ед/мл. В тоже время у больных с гнойными ранами этот показатель был достоверно выше, по сравнению с аналогичными результатами послеоперационных ран, и составлял  $52,4 \pm 4,8$  Ед/мл ( $P < 0,01$ ). При этом показатель антипротеолитической активности по трипсину в составе смывов послеоперационных ран составлял  $28,9 \pm 2,5$  ИЕд/мл, что было не существенно ниже ОПА в смывах послеоперационных ран, а индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину был также не существенно выше и равен  $1,1 \pm 0,1$ . У больных с гнойными ранами показатель антипротеолитической активности по трипсину был достоверно ниже по сравнению с аналогичными результатами больных с послеоперационными ранами и составлял  $21,2 \pm 1,9$  ИЕд/мл ( $P < 0,05$ ), а также значительно ниже ОПА смывов гнойных ран. С учетом этих данных индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину находился на уровне  $2,5 \pm 0,22$ , что было значительно выше такого же показателя в составе смывов послеоперационных ран. Результат антипротеолитической активности по папаину в составе смывов послеоперационных ран составлял  $19,1 \pm 1,5$  ИЕд/мл, этот показатель был значительно меньше антипротеолитической активности по трипсину, в связи с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. По этой же причине увеличивался индекс протеолиза ОПА/АПА по папаину и был равен  $2,7 \pm 0,24$ . В тоже время у больных с гнойными ранами антипротеолитическая активность по папаину была также значительно ниже антипротеолитической активности по трипсину и составляла  $11,6 \pm 0,9$  ИЕд/мл ( $P < 0,05$ ), также это проявляется с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. При этом индекс протеолиза ОПА/АПА при исследовании гнойных ран по папаину был равен  $4,5$ , что было выше индекса протеолиза послеоперационных ран.

Исходя из этого, полученные нами данные антипротеолитической активности по папаину и трипсину можно интерпретировать, следующим образом. В

послеоперационных ранах, без выраженных проявлений воспаления, имеется равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, которое регулируется в большей степени местными механизмами. В тоже время в хронических гнойных ранах с выраженным воспалительным процессом, нарушено равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, за счет нарушения местных и системных механизмов.

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

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

**Азизов Д.Т., Мирзаев К.К.**

**Кафедра хирургических болезней и гражданской обороны  
Андижанский государственный медицинский институт.**

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

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

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

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

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего изучения явилась иммобилизированная форма бензалкония хлорида, изготовленная на кафедре общей хирургии АГМИ в следующем составе (в %): бензалкония хлорид – 0,02; метронидазол – 1,0; полиэтиленоксид М.м. 400 – 80,0; полиэтиленоксид М.м. 1500 – 20,0.

Результаты исследования. При сравнении контрольной и опытной групп с интактной по критерию Даннета статистически существенные отличия встречались по

всем показателям на всех сроках. Изменения площади и процента уменьшения площади ран указывает на более эффективное течение процесса заживления в опытной группе по сравнению с контрольной начиная с 5 суток наблюдения (данное различие статистически достоверно,  $p \leq 0,05$ ).

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

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

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

## **ВРОЖДЁННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ**

**Акбаров Н.А., Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность. По данным литературы врождённые кисты и свищи составляют 0,26-2,6% всех больных детей с хирургической патологией. Они бывают срединные и боковые, причём срединные свищи встречаются в 3 раза чаще, чем боковые. В большинстве случаев они обнаруживаются в возрасте от 1 года до 5 лет.

Цель. Изучение результатов оперативного лечения врождённой кисты и свищи шеи у детей.

Материалы и методы. Диагностика врождённой кисты шеи осуществлялась визуально, пальпаторно и УЗИ, а врождённые свищи шеи только визуально и пальпаторно. Изучены результаты лечения 54 больных детей с врождёнными кистами (28) и свищами (26) шеи, которые находились в клинике детской хирургии за период с 2010 по 2023 гг. Возраст больных колебался от 1 до 14 лет. Мальчиков было 23, девочек 31. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 3 лет-6, от 4 до 6 лет-18, от 7 до 10 -21, от 11 до 14 – 9 детей.

Результаты. Из всех наблюдаемых больных у 45 обнаружены срединные кисты и свищи, лишь у 9-боковые. У всех больных со свищами, образования свища предшествовало наличие кисты шеи. Полных свищей, сообщавшихся с ротовой полостью, у наших пациентов не было. Все дети были оперированы в клинике. 8 детей

со срединными свищами поступили в клинику с рецидивами после операции, произведённых в районных больницах. У остальных первичная операция была произведена в клинике. Операция заключалась в иссечении кисты свищевого хода с обязательной резекцией тела подъязычной кости и перевязкой выделенного хода у корня языка. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением имело место у всех больных, однако у 5 детей в последующем произошёл рецидив свища, что связано очевидно, с недостаточным иссечением ветвистого свищевого хода и низкой его перевязкой. После повторных операций у этих детей рецидивов не наблюдалось.

Отдалённые результаты изучены у 34 детей (25 оперированных по поводу кисты и 9 по поводу свищей шеи) в сроки от 1 года до 10 лет. У всех оперированных детей результаты хорошие, рецидива заболевания не было.

Вывод. В заключении следует сказать, что врождённые кисты и свищи шеи чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков и залогом успеха хирургического лечения их является обязательной резекцией тела подъязычной кости с высокой перевязкой свищевого хода у корня языка.

## **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**

**Акбарова Р.М.**

**Андижанского государственного медицинского института**

Актуальность. Известно, что степень выживаемости и дальнейшее физическое развитие детей во многом зависит от сроков беременности, степени доношенности и массой тела при рождении.

Цель. Изучить особенности физического развития детей рождённых с низкой массой тела.

Материалы и методы. В настоящем сообщении приведены результаты ретроспективного анализа особенностей физического развития 100 детей в возрасте от 1 го до 1 4 лет; имевших массу тела при рождении 1000 - 2000 гр., родившихся в 1915-2023 гг. в родильных домах г. Андижана.

Катамнестическое и объективное исследование проводили с помощью специально разработанных тестов. Родившихся в сроки беременности до 28 нед, было 30 детей, до 29-30 нед. –35, до 31 - 32 нед. –35

Результаты. Нормальное физическое развитие наблюдалось у 68% обследованных детей, у остальных выявлено различной степени общая задержка в физическом развитии, причем, чем меньше масса тела ребенка при рождении, тем, больше выражено это отставание. Значительное отставание длины, массы тела и окружности головы отмечалось у детей родившихся с массой тела от 1000 - до 1500 гр. Длина тела от – 19см. до + 28см. и более имели 46,2% истинно недоношенных и только 26% детей с задержкой внутриутробного развития. Массу тела от +1000гр. до +1500 гр. и выше имели только 27% детей с задержкой внутриутробного развития и 42,8% недоношенных без задержки внутриутробного развития.

Физическое и нервно - психическое развитие недоношенных детей находится в тесной взаимосвязи. Из 100 детей у 15,3% отмечены тяжелые психоневрологические, сенсорно- невральные или интеллектуальные нарушения (инвалидация, квадриплегия, дефицит умственного развития), у 22% ( судороги, гемипарез, задержка психического развития, синдром Литтла), у 29 - минимальные (28% недоношенных с задержкой внутриутробного развития и 12,5% истинно недоношенных).

Разной степени снижение коэффициента интеллектуальности у детей с массой тела менее 1500 гр. наблюдалось в 5 - 6 раз чаще, чем у детей с массой тела более 1500. г.

Изучение зависимости физического развития детей с низкой массой тела при рождении, от сроков беременности показала, что нормальное развитие имело у 26% детей родившихся до 28 нед., у 64% - до 29-30 нед. - и у 73% -до 31-32 нед. внутриутробного развития.

В связи с улучшением неонатальной реанимационной помощи и последовательной реабилитационной терапии в последние годы наблюдается улучшение прогноза у детей с низкой массой тела при рождении.

**Выводы.**

1. Таким образом, общее физическое развитие детей родившихся с низкой массой тела во многом отстаёт и это прямо зависит от массы тела при рождении, т.е. чем меньше масса тела при рождении, тем больше выражена степень отставания. Поэтому основной превентивной проблемой следует считать профилактику невынашивания.

2. Для улучшения прогноза у детей с низкой массой тела необходимо совершенствовать своевременную патогенетически обоснованную реанимационную и реабилитационную помощь.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УЗБЕКИСТАНЕ**

**А.Р. Алимов, М.А. Хакимов**

**РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. акад. Ш.Алимова МЗ РУз.**

Ранняя и достоверная диагностика туберкулёза легких, является залогом качественного излечения и профилактики рецидивов в последующем. Увеличение числа лиц из групп риска и обязательного контингента, охватываемых осмотрами обеспечение всех областей Узбекистана передвижными флюорографическими цифровыми аппаратами «Проскан», а также задачи, предъявляемые к общей лечебной сети, требуют дальнейшего усовершенствования организационных форм, улучшения качества и повышения эффективности флюорографических обследований.

Цель – определение эффективности флюорографического обследования в диагностике туберкулеза легких в Республике Узбекистан.

Материал и методы исследования. Материалами исследования служили данные обследования 3483993 лиц флюорографическим методом в Республике Узбекистан, аналитические обзоры, данные годовых отчетов областных противотуберкулезных диспансеров.

Результаты исследования. По республике план флюорографических обследований населения выполнен на 98,1%. Низкая нагрузка работы флюорографических установок отмечена в Ферганской (8017 человек), Бухарской (9305 человек), Андижанской (8363 человек) областях и в г. Ташкенте 7879 человек). По республике в среднем выявление флюороположительных лиц составил 0,3%, в Навоинской, Ферганской, Андижанской и Бухарской областях этот показатель не превышает 0,1%. Среди впервые зарегистрированных больных активным туберкулезом органов дыхания, удельный вес выявленных лиц флюорографическим методом составил 61,2%. В Андижанской (29,4%), Ташкентской (40,1%) и Ферганской (41,5%) областях низкий показатель выявления патологического процесса органов дыхания флюорографическим методом. Флюорографическому обследованию из групп

риска подвергнуты 86,0% и из обязательного контингента – 88,9%, при этом показатели выявляемости составили 0,4-1,1% и 0,07%, соответственно. Высокая выявляемость флюороположительных лиц наблюдалась среди групп риска у больных ХОБЛ (0,9%), сахарным диабетом (0,7%), алкоголиков, наркоманов и гормонозависимых (0,8%). При флюорографических исследованиях лиц, снятых с диспансерного учета по поводу туберкулеза в Хорезмской (4,4), в Джизакской (1,5%), в Наманганской (0,8) областях и в Республике Каракалпакстан (0,7) выявлен высокий процент больных с рецидивами, что указывает на преждевременное снятия контингентов с учета. На цифровых флюорографических аппаратах «Проскан-2000» в целом по республике обследовано 404740 лиц. Среди обследованных активный туберкулез легких выявлен 6,4%. Низкие показатели выявления флюороположительных лиц отмечены в Бухарской (0,3%), Андижанской (0,6%) и Кашкадарьинской (0,6%) областях.

**Заключение.** В Республике имеется тенденция к снижению напряженности эпидемиологической ситуации по туберкулёзу. Флюорографические методы выявления туберкулеза имеет свои преимущества и недостатки, а комплексное применение исследований способствует максимальному выявлению больных туберкулёзом. Для повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий необходимо обратить внимание на качественное проведение флюорографических мероприятий, проводить в полном объеме флюорографическое обследование на туберкулез подлежащего лиц из групп риска и обязательного контингента.

## **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Алимова Г.М., Солиева М.О., Базарова М.У.  
Андижанский государственный медицинский институт**

**Цель исследования.** Определить состояние физического и психического развития детей первого года жизни, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В исследование были включены 75 ребенка с массой тела при рождении от 560 до 1500 г. Гестационный возраст составил 24-32 нед. В зависимости от массы тела при рождении дети были разделены на 2 группы. В группы 1 вошли дети с весом при рождении до 1000 г, в группу 2 – с весом при рождении от 1001 до 1500 г.

Статистическая обработка материала осуществлялась на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel с использованием методов вариационной статистики, дискриминационного анализа – параметрического критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты наших исследований показало, что во всех группах наблюдения у женщин отмечалась высокая частота соматической патологии. При этом наиболее часто регистрировались анемия, хронический пиелонефрит, вегето-сосудистая дистония. Сочетание двух или более соматических заболеваний у матерей достоверно ( $P < 0,01$ ) чаще встречалось во второй группе наблюдения (18%).

Гинекологические заболевания достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще диагностировались у рожениц третьей группы, составив 33,3%. У первой и второй групп наблюдения данный показатель достигал 12,5% и 25,0% соответственно. Во всех группах наблюдения отмечалась высокая частота угроза прерывания беременности и

хроническая фетоплацентарная недостаточность, причем у женщин третьей группы данная патология встречалась достоверно чаще ( $P < 0,05$ ).

Среди причин, осложнивших течение беременности, наиболее часто регистрировались гестоз второй половины и угроза прерывания, как на ранних, так и на поздних сроках беременности. Достоверных различий в частоте встречаемости гестозов второй половины между обследуемыми группами обнаружено не было. Однако у женщин первой группы чаще диагностировался гестоз легкой степени, который оказывает «тренирующее» воздействие на организм плода перенесением гипоксического стресса в родах (Шабалов Н.П., Ярославский В.К., Ходов Д.А. и др. 1990). У женщин, родивших глубоконедоношенных новорожденных, преобладали тяжелые, как правило, сочетанные формы гестозов, оказывающие несомненный повреждающий эффект на плод. Угроза прерывания беременности в первой половине встречалась во всех группах наблюдения примерно с одинаковой частотой. Во второй половине беременности угроза прерывания достоверно чаще регистрировалась у матерей третьей группы. Проявления истмикоцервикальной недостаточности отмечались у небольшого процента женщин первой и второй группы. В третьей группе данный диагноз был выставлен в 25,0% случаев.

Средняя продолжительность родов составила  $11,6 \pm 1,2$  час. Достоверных различий в продолжительности родов между группами не наблюдалось. Частота стремительных родов варьировала от 12,5 до 17,9% и не имела достоверных различий между группами. У матерей всех групп регистрировался высокий процент рождения детей путем кесарева сечения (42,9%, 37,5% и 50,0% в первой, второй и третьей группе соответственно). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты явилась причиной оперативных родов в 8,3% случаев у женщин второй и третьей групп. У матерей первой группы данная патология не встречалась. Тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода значительно чаще отмечалось в первой группе (21,4%). Процент встречаемости первичной слабости родовой деятельности в обследованных группах был незначительным.

Подтверждением неблагоприятного течения беременности у матерей групп наблюдения могут служить признаки фетоплацентарной недостаточности, которые отмечались при ультразвуковом и доплерометрическом обследовании плода во время беременности. Частота данного состояния колебалась от 28,6% в первой группе до 58,3% в третьей группе.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что у матерей недоношенных новорожденных отмечалась высокая частота соматических, гинекологических заболеваний, патологии течения беременности и родов, что способствовало развитию фетоплацентарной недостаточности и невнашиванию беременности.

Средние показатели физического развития недоношенных новорожденных при рождении соответствовали сроку гестации. В динамике к концу неонатального периода показатели физического развития во всех группах были достоверно ниже, чем здоровых новорожденных детей.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Алтыбаев У.У., Кадырбеков Р.Т., Султанов А.М.

Республиканский специализированный научный практический медицинский центр нейрохирургии.

Операции в области мостомозжечкового угла (ММУ) представляют собой одни из самых сложных хирургических вмешательств. Это обусловлено анатомическими особенностями этой зоны, где большинство черепно-мозговых нервов расположены близко друг к другу и к головному мозгу. Сохранение целостности черепно-мозговых нервов (ЧМН) во время операции в этой области является одним из важных критериев успешности операции. Наиболее часто здесь повреждается лицевой нерв. Нейрохирургические риски связаны с тем, что в области мостомозжечкового угла расположены корешки V-XI черепных нервов, артерии мозжечка, многочисленные вены мозжечка, впадающие в верхний каменистый синус. Учитывая актуальность проблемы снижения частоты послеоперационных неврологических дефицитов и важность сохранения целостности нервных структур, возникла необходимость мониторинга неврологических показателей во время операции. Этот метод известен под термином интраоперационный нейромониторинг (ИоНМ). ИоНМ представляет собой непрерывное наблюдение за состоянием структур нервной системы, чтобы своевременно обнаружить опасные отклонения от исходного уровня их функционирования в ходе оперативного вмешательства.

Целью нашего исследования является оценить хирургическое лечение опухолей ММУ головного мозга.

Материал и методы исследования. В Центре в 2021 году прооперировано с опухолями ММУ 36 больных, из них у 17 пациентов во время операции был использован ИоНМ.

Результаты и их обсуждения. Заболевание чаще встречается у женщин, соотношение мужчин и женщин составляло 1:2. Возраст пациентов варьировался от 17 до 67 лет, причём опухоли мостомозжечкового угла (ММУ) чаще выявляются в среднем и старшем возрасте. Основные обращения больных были связаны с жалобами на образования большого размера (более 2-4 см). При изучении степени радикальности оперативного вмешательства по данным послеоперационного МСКТ было установлено, что более 52,7% первичных оперативных вмешательств завершались субтотальным удалением опухоли, частичное удаление производилось в 5,5% случаев, а тотальное удаление опухоли было возможным в 41,6% случаев. По гистологическим признакам у 50% пациентов (18 человек) были выявлены невриномы. Послеоперационные результаты показали, что более грубые нарушения лицевого нерва по шкале Хаус-Браакмана (IV-V стадии) отмечались в группе, где операция проводилась без использования интраоперационного нейромониторинга (ИоНМ).

Начало формы

Выводы.

1. Опухоли мостомозжечкового угла (ММУ) чаще встречаются уже с большими размерами, более 2-4 см, в среднем и старшем возрасте. Операции, проводимые без использования интраоперационного нейромониторинга (ИоНМ), повышают риск повреждения лицевого нерва и появления бульбарных нарушений.

Применение ИоНМ при удалении опухолей больших размеров в ММУ помогает определить прилегающие черепно-мозговые нервы (ЧМН) к опухоли, с последующим

максимальным удалением опухоли и с минимальной частотой повреждения ЧМН, уменьшает количество послеоперационных осложнений при хирургическом вмешательстве.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

**Аляви А.Л., Фазылов А.В.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации и Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучить противовоспалительную эффективность антибактериального препарата (АБП) тазоцила и ремофлукс-нео у больных с острым необструктивным гнойным пиелонефритом (ОНГП).

**Материалы и методы.** В обследование было включено 96-больных с ОНГП, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении 1 -РКБ МЗ РУз. Среди обследованных было 66 женщин (68,75%) и 30 мужчин (31,25%). Средний возраст составил 34,6 года. Для верификации клинического диагноза и тяжести состояния, больные прошли необходимые клинические и лабораторно-инструментальные исследования. Клиника ОНГП менялась в зависимости от возраста пола, состояния организма, а также состояния почек и мочевых путей. Все больные при поступлении получали АБП тазоцил (в составе цефоперазон натрия соль сульбактама 0,5 г), а также АБП ремофлукс-нео (левофмоксацин гемигидрат) 500 мг в 100 мл. Эти препараты применяли внутривенно капельно 2 раза в сутки. При необходимости были подключены и другие резервные АБП.

**Результаты.** Все больные при поступлении в отделение на фоне стандартной базисной терапии получали антибактериальные, дезинтоксикационные, противовоспалительные и при необходимости другие препараты.

По данным клиники и лабораторно-инструментальных обследований у больных ОНГП, получивших комплексную медикаментозную терапию с применением препаратов тазоцил и ремофлукс-нео удалось ликвидировать признаки гнойно-воспалительного процесса в почках, которые выражались на положительную динамику общего состояния больных, нормализовались показатели крови (лейкоциты, СОЭ) и мочи (белок, лейкоциты), а также данные УЗИ почек. Продолжительность терапии АБП 2-4 дня после нормализации температуры тела. До 96% больных, получивших комплексную медикаментозную терапию, не были подвергнуты оперативному лечению.

Исход заболевания ОНГП во многом зависел от времени обращения больных и сроков начала лечения. В раннем периоде ОНГП, при применении АБП удается остановить дальнейшее прогрессирование воспалительного процесса. Таким образом, вводя тазоцил и ремофлукс-нео мы обрываем каскад патологических реакций организма в ответ на вторжение инфекционного агента.

**Заключение.** При лечении больных с ОНГП показано применение одновременно несколько АБП, что предотвращает развитие апостем и карбункулов почки.

Больные с ОНГП имеют прямое показание к применению тазоцила и ремофлукс-нео для нормализации и улучшения кровотока в очаге воспаления. Контроль над

эффективностью динамики лечения больных ОНГП наряду с клинико-лабораторными исследованиями показано проведение УЗИ почек.

## **ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

**Аляви А.Л., Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Гиясов С.Х.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации и Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения метаболического синдрома (МС) у больных хроническим пиелонефритом (ХП).

**Материалы и методы.** Для исследования были включены 55 больных с обострением ХП, как этиологического фактора инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Алиментарный тип ожирения (АО), ишемическая болезнь сердца (ИБС), Гипертоническая болезнь (ГБ) и сахарный диабет (СД) является составляющим компонентом МС. Исследуемым был проведен наряду с антропометрическими и мочевыми анализами клинико-биохимические методы исследования – сахар, мочевины, креатинин, протромбина с определением общего холестерина, липопротеидов разной плотности и триглицеридов в крови. Диспансерном учете состояли больные по поводу диагноза ХП 41 (75,5%) обследованные, а у 25,5% при поступлении диагноз был установлен впервые.

**Результаты:** Учитывая результатов мониторинга клинического состояния больных и итогов мочевых и других лабораторно-инструментальных исследований были госпитализированы на обследование и лечение в урологическое отделение 1-РКБ МЗРУз. У больных первичный ХП с МС был установлен у 33 (60%) из 55 обследованных. Среди обследованных больных ХП с МС были с АО установлена у 18 (32,7%), АГ у 12 (21,8%); ИБС-у 10 (18,2%); СД – у 7 (12,7%) больных. ХП с МС в сочетании то есть с четырех компонентным поражением - АО, АГ, ИБС и СД встречался у 5 (9,1%) обследованных.

**Выводы.** Таким образом, проблема влияния МС на клиническое течение ХП является очень актуальной проблемой. Течение первичного ХП у больных с нарушением МС сопровождается выраженными болевыми, лихорадочными и дизурическими состояниями одновременно со значительными функциональными нарушениями мочевыделительной системы, особенно у тех лиц МС сочетался с четырехкомпонентным поражением. В связи с этим при осуществлении вторичной и третичной профилактики ХП с МС следует уделять на всю совокупность факторов определяющих риск развития заболевания.

## О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Курмаева Д.А.  
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации  
Центр высоких технологий.  
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние гиполипидемической и антиагрегантной терапии на некоторые показатели липидного обмена и факторы воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после стентирования коронарных артерий (СКА).

Материал и методы исследования. В исследование включили больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения III-IV функциональных классов ФК(20) после планового СКА, которые получали антиагреганты (клопидогрел и ацетилсалициловая кислота), розувастатин, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Исходно, через 1, 3 и 6 месяцев определяли содержание холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), агрегацию тромбоцитов (АТ), С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины (ИЛ) - ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), полиморфизм генов СYP2C192 и СYP2C1917, активность аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), содержание билирубина (Б).

Результаты исследования. До проведения СКА выявлено достоверно высокая концентрация цитокинов ИЛ-1 $\beta$  -  $76,2 \pm 5,1$ ; ИЛ-6 -  $18,1 \pm 4,9$ ; и ФНО- $\alpha$  -  $109,3 \pm 12,6$  пг/мл, показатели которых у здоровых лиц оказались соответственно  $3,2 \pm 2,2$ ;  $1,2 \pm 0,5$  и  $7,9 \pm 3,6$  пг/мл. На фоне приема розувастатина и двойной антиагрегантной терапии после планового СКА установлено уменьшение концентрации изученных провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 – на 40%, ИЛ-6 – на 48%, и ФНО- $\alpha$  – на 37%). Исходно у пациентов выявлена атерогенная дислипидемия и степень АТ. На фоне лечения отмечено достоверное снижение уровней ХС, ХСЛПНП, ТГ и увеличение ХСЛПВП. Целевого уровня ХС достигли 80% обследованных, ТГ – 78%, ХСЛПНП – 70%. Отмечено снижение содержания СРБ через 3 месяца (с  $13,2 \pm 1,6$  до  $9,2 \pm 1,5$  мг/л). Увеличение АДФ-индуцированной АТ свидетельствует о повышении собственно агрегационной активности тромбоцитов у этой категории больных. Через 3 месяца терапии достигнуты благоприятные изменения показателей агрегации. Побочного влияния не отмечено, что подтверждали показатели АЛТ, АСТ и Б. Широкое развитие интервенционных технологий, в частности СКА и совершенствование медикаментозного лечения в послеоперационном периоде уменьшили ранние осложнения. Однако рестенозы внутри стента являются на сегодня важнейшим осложнением после СКА. Для минимизации рестенозов внутри стента необходимо знание и понимание механизмов ответа стенки артерий на имплантацию стента и морфологии реактивных и репаративных изменений при этом. В развитии тромботических процессов, наряду с нарушениями липидного обмена и коагуляционных свойств крови, значительную роль играет воспаление. Выявлены взаимосвязи повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов с рестенозами. Липидснижающая эффективность розувастатина, а также антиагрегантное действие ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Однако у 17% пациентов сохранялся повышенный риск тромботических осложнений и рестеноза. В этом отношении подбор

эффективных и безопасных доз антиагрегантов и статинов с учетом полиморфизма генов CYP2C192 и CYP2C1917 позволил предупредить развитие резистентности к препаратам и, соответственно, рестенозов.

Вывод. Формирование рестеноза зависит от фенотипа пациента, индивидуальных параметров соматического статуса, преморбидного фона. Для повышения эффективности и безопасности антиагрегантов и статинов и профилактики осложнений необходим персонализированный подход с учетом генетических факторов для предупреждения развития резистентности к этим жизненно необходимым препаратам.

## **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРИТА СУСТАВОВ КИСТЕЙ РУК**

**Аметова Алие Серветовна,  
Самаркандский государственный медицинский институт, ФПДО кафедра  
Медицинской радиологии**

В настоящее время ревматоидный артрит (РА) рассматривается как хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание с преимущественным поражением периферических суставов. Суставной синдром является главным проявлением ревматоидного артрита. В процесс вовлекаются преимущественно мелкие суставы и околосуставные ткани. Высокая распространенность данного заболевания, длительное прогрессирующее течение, раннее поражение суставов с вовлечением в патологический процесс внутренних органов, поражение лиц молодого и среднего возраста, ведущее к инвалидизации, делают проблему РА социально значимой и актуальной.

Цель исследования – сопоставление результатов ультразвукового исследования (УЗИ) лучезапястных суставов (ЛЗС) и мелких суставов кистей с клинической картиной у больных ранним ревматоидным артритом (рРА) и остеоартритом кистей (ОАК).

Пациенты и методы. В исследование включено 42 пациента с рРА (1-я группа) и 38 больных с ОАК (2-я группа). Средний возраст больных рРА составил  $48,60 \pm 14,86$  года, продолжительность клинических проявлений –  $7,45 \pm 1,77$  мес, больных ОАК –  $54,97 \pm 12,45$  года и  $8,26 \pm 1,83$  мес соответственно. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах было примерно одинаковым, преобладали лица женского пола. У всех пациентов с рРА имелись клинические и инструментально подтвержденные признаки ОА: I, II и III рентгенологическая стадия ОА по Kellgren–Lawrence выявлена у 10 (23,80%), 23 (54,76%) и 9 (21,43%) пациентов соответственно. При эрозивном ОА II и III рентгенологическая стадия диагностирована у 16 (42,10%) и 22 (57,90%) больных соответственно. Всем пациентам проведены УЗИ суставов, а также общеклиническое обследование, включавшее оценку числа болезненных суставов, числа припухших суставов, общую оценку интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (100 мм). Активность РА определялась с помощью индекса DAS28. Изучали также лабораторные показатели – уровни СРБ, ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. Сравнение двух групп пациентов показало, что при УЗИ в В-режиме и режиме энергетического доплера при рРА по сравнению с ОАК отмечались более выраженные воспалительные и деструктивные изменения в ЛЗС и мелких суставах кистей за исключением дистальных межфаланговых суставов

(ДМФС). Кроме того, только у пациентов 1-й группы наблюдалась тесная корреляция между усилением мощности доплеровского сигнала и уровнями воспалительных маркеров.

Заключение. Для рРА по сравнению с ОАК характерны более выраженные УЗИ-признаки воспалительных и деструктивных изменений в ЛЗС и мелких суставах кистей, за исключением дистальных межфаланговых суставов.

Дегенеративные и воспалительные изменения в суставах кистей при остеоартрите по данным магнитно-резонансной томографии

Эрозивный остеоартрит (ЭОА) суставов кистей (СК) представляет собой фенотип остеоартрита (ОА), который характеризуется наличием центральных и краевых эрозий суставных поверхностей дистальных (ДМФС) и проксимальных (ПМФС) межфаланговых СК и в ряде случаев достаточно агрессивным течением с выраженным болевым синдромом и высокой степенью функциональной недостаточности. Вопрос о диагностических критериях и тактике ведения пациентов с ЭОА до сих пор остается открытым.

Цель исследования — оценить характер изменений, выявляемых при магнитно-резонансной томографии (МРТ) СК у больных ЭОА и неэрозивным ОА (НЭОА) СК.

Материал и методы. Обследована 61 женщина с соответствующим критериям Американской коллегии ревматологов (АСЯ) диагнозом ОА СК, средний возраст пациенток составил 66,34±5,79 года, медиана возраста начала болезни— 50 [45; 56] лет, длительности боли— 15 [11; 20] лет. Всем пациенткам выполнена МРТ П—V ДМФС, ПМФС и пястно-фаланговых суставов (ПФС) правой кисти. Больные также заполнили опросник AUSCAN. У 30 больных выявлен ЭОА, у 31 - НЭОА.

Результаты и обсуждение. Пациентки с ЭОА и НЭОА были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания. В ДМФС при ЭОА достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще и в большем количестве, чем при НЭОА, выявлялись крупные остеофиты (ОФ; 53 и 16%), сужение суставной щели (ССЩ; 73 и 35%), дегенеративные изменения коллатеральных связок (ДИКС; 93 и 55%), подвывихи (47 и 13%), отек костного мозга (ОКМ; 57 и 19%). Синовиты и субхондральные кисты при ЭОА и НЭОА встречались приблизительно с одинаковой частотой. В ПМФС при ЭОА значимо чаще, чем при НЭОА, выявлены ОКМ (37%) и ДИКС (97%). Подвывихи в ПМФС правой кисти встречались исключительно у пациенток с ЭОА. Их частота составила 17%. Симптомы дегенеративного характера (небольшие, реже умеренных размеров ОФ, ССЩ, ДИКС) выявлялись приблизительно с одинаковой частотой в обеих группах ( $p > 0,05$ ). В ПФС у пациенток с ЭОА значимо чаще, чем при НЭОА, выявлялись ОКМ (53 и 26%;  $p < 0,05$ ), кортикальные дефекты (КД) головок пястных костей (73 и 45% соответственно). Частота субхондральных кист, ОФ, ССЩ и ДИКС существенно не различалась в обеих группах ( $p > 0,05$ ). Крупные ОФ в ПФС выявлялись сравнительно редко. Подвывихи в ПФС не были обнаружены ни в одной группе.

Заключение. У пациенток с ЭОА, в отличие от больных НЭОА, преобладают симптомы активного воспаления, а также более выражены дегенеративные изменения. Дефекты суставных поверхностей в ПФС при ОА СК отличаются от эрозий при ревматоидном артрите. Эти КД при ЭОА встречаются значимо чаще, чем при НЭОА, однако природа их возникновения не ясна, поэтому пациентки, у которых они обнаружены, нуждаются в динамическом наблюдении.

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МИКРОКЛИМАТУ И ЭРГОНОМИКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Арабев Ш.А., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Х., Салиева М.Р.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Требования к микроклимату имеют важное значения для здоровья обучающего. Значительная сухость воздуха является существенным недостатком помещений, в которых размещены компьютеры. При низких значениях влажности, как известно, велика опасность накопления в воздухе микрочастиц с высоким электростатическим зарядом, способным адсорбировать частицы пыли и поэтому обладающим аллергизирующими свойствами.

Материал и методы исследования. Эргономика рабочего места. Результаты исследований последних лет показали, что злоупотребление компьютером приводит к появлению у подростков симптомов, которые раньше отмечались только у взрослых. В настоящее время многие подростки проводят за компьютером по несколько часов в день. Наиболее часто дети страдают от боли в области шеи, плеч и рук.

Результаты и их обсуждение. Существует опасность загрязнения воздуха в кабинетах информатики выделениями из полимерных, синтетических и лакокрасочных материалов, которые используются для внутренней отделки помещений. Это приводит к дополнительному загрязнению воздушной среды вредными химическими веществами, особенно при повышенной температуре воздуха, обусловленной работой компьютеров. Зачастую к концу занятий в кабинетах информатики концентрация углекислого газа в 2 раза превышает предельно допустимую концентрацию (ПДК), а количество нетоксичной пыли увеличивается в 2-4 раза сверх допустимого уровня.

Расстояние от глаз пользователя до экрана компьютера должно быть не менее 50 см. Одновременно за компьютером должен заниматься один ребенок, так как для сидящего сбоку условия рассматривания изображения на экране резко ухудшаются. Если для решения педагогических задач необходимы ситуации, когда за одним монитором занимаются двое школьников, следует помнить, что такие занятия должны быть непродолжительны – не более 15 минут.

Стол и стул должны соответствовать росту ребенка. Убедиться в этом можно следующим образом: ноги и спина (а еще лучше и предплечья) имеют опору, а линия взора приходится примерно на центр экрана или немного выше. Не следует сутулиться, сидеть на краешке стула, положив ногу на ногу, скрещивать ступни ног.

Поза работающего за компьютером должна отличаться следующим: корпус выпрямлен, сохранены естественные изгибы позвоночника и угол наклона таза. Голова наклонена слегка вперед. Уровень глаз на 15-20 см выше центра экрана. Необходимо исключить сильные наклоны туловища, повороты головы и крайние положения суставов конечностей.

Угол, образуемый предплечьем и плечом, а также голенью и бедром, должен быть не менее 90°. Вертикально прямая позиция позволяет дышать полной грудью, свободно и регулярно, без дополнительного давления на легкие, грудину или диафрагму.

Выводы. Правильная поза обеспечивает максимальный приток крови ко всем частям тела, но и помогает сохранить устойчивое равновесие, снижает напряжение мышц спины и шеи, создает благоприятные условия для работы зрительного анализатора. Рациональная поза создает равномерное и не очень высокое давление на межпозвоночные диски.

В ситуации, когда работа выполняется при неправильной позе или при неправильно подобранной мебели, резко возрастает давление на межпозвоночные диски, уменьшает кровоснабжение самих позвонком, нарушая питание косной ткани, способствуя микротравмам и развитию остеохондроза.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Фарманкулова Ё.Р.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучить сравнительный анализ выявленных микробных агентов у недоношенных детей с ВУИ и детей группы сравнения (доношенные с ВУИ).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 90 новорожденных детей, находившихся на лечении в отделении выхаживания недоношенных детей ГДБ г. Андижан. В зависимости от предполагаемого возбудителя больные были распределены на 3 группы.

1 группа - недоношенные дети с ВУИ – 40 детей основная группа (ОГ). Субстрат для исследования забирался с учетом клинической картины ВУИ и морфологических свойств предполагаемого возбудителя. Например, у детей с пневмониями основным биосубстратом для исследования был секрет/аспират трахеобронхиального дерева.

2-группа - группа сравнения (ГС) (доношенные дети – 30 детей с малой массой тела). Важно отметить, что в обеих группах у детей при наличии клинической картины ВУИ, наличии гематологических признаков инфекции, был достаточно большой процент детей, у которых выявить возбудителя, предполагаемо "этиологически значимого", не удалось (12,1% - в основной группе, 15,4% - в группе сравнения соответственно).

3-группа - здоровые дети – 20 (контрольная группа).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования у детей обследуемых групп из различных локусов методом ПЦР и бактериологическим методом были определены различные патогены: представители условно-патогенной флоры (УПФ) (*Staphylococcus aureus*, *E.coli*, *Streptococcus B*, *Enterobacter agglomerans*), представители герпес-инфекций - *Cytomegalovirus* и *Herpes simplex II* типа, представители рода микоплазм (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*), *Chlamydia trachomatis*, *Toxoplasma gondii*, грибы рода *Candida*. Методом ИФА у 40,2% детей основной группы и у 30,8% детей группы сравнения были определены положительные титры специфических иммуноглобулинов класса М (Ig М) к вышеуказанным возбудителям. Из определенных как "этиологически значимые возбудители" у детей обеих групп, их сочетание встречалось у 34,6% детей группы сравнения и у 11,4% детей основной группы. Установлено, что статистически значимо чаще в группе доношенных детей с ВУИ, в сравнении с детьми ОГ была диагностирована цитомегаловирусная инфекция (61,5% против 15,9% детей,  $P < 0,001$ ) и сочетание различных патогенов (34,6% против 11,4% детей, соответственно), возбудителей внутриутробных инфекций в обследуемых группах.

Важно отметить, что в обеих группах были дети 13 недоношенных детей (9,8% - в основной группе) и двое детей (7,7% в группе сравнения), у которых в течение трех суток после рождения была диагностирована внутриутробная пневмония. У детей основной группы состояние было тяжелым с рождения и было обусловлено клиникой тяжелой дыхательной недостаточности, которая требовала проведения ИВЛ. После проведения R-графии грудной клетки, был установлен диагноз: врожденная

пневмония. У всех детей рентгенологическая картина пневмонии соответствовала бактериальной. При интубации во всех случаях был получен гнойный секрет. Бактериологическим методом были выявлены: *Staphylococcus aureus* - у двоих детей, *Enterobacter agglomerans* - у двоих детей. В остальных случаях роста бактериальной флоры не было получено. Все дети получали стандартную терапию, включая курсы антибактериальной терапии, однако не было отмечено положительной динамики в их состоянии. Было проведено повторное исследование аспиратов трахео-бронхиального дерева на выявление патогенов ВУИ (методом ПЦР), параллельно проведен ИФА, в результате которых были выявлены ДНК возбудителей группы герпес-инфекций:

Анализ структуры этиологически значимых возбудителей ВУИ у детей основной группы показал, что преобладающей в данной группе является условно-патогенная флора - выявлена в первые сутки жизни из различных локусов у 36 детей (27,3%). Эти возбудители при сопоставлении с клинико-лабораторной картиной течения ВУИ у новорожденных, выявлении идентичной флоры у матери, отсутствии других микробных патогенов были расценены как этиологически значимые. Достоверных отличий в выявляемости УПФ, как причинно значимой в возникновении ВУИ, при сопоставлении с группой сравнения установлено не было (27,3% против 38,5% детей,  $P=0,544$ ). Второе место по выявляемости у недоношенных новорожденных занимают атипичные возбудители (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*), в то время как у доношенных новорожденных статистически значимо выше была выявляемость *Cytomegalovirus* (61,5% против 15,9%,  $P<0,001$ ).

Таким образом, у доношенных детей преобладающей является цитомегаловирусная инфекция и УПФ, чаще диагностированы микст-инфекции. У недоношенных детей, в сравнении с доношенными, отмечена общность преобладания условно-патогенной флоры, представителей герпес-инфекций, представителей рода микоплазм.

Примерно одинаковый процент детей в обеих группах был с неустановленной этиологией внутриутробной инфекции – у 12,1% детей в основной группе, у 15,4 % детей из группы сравнения. Выявленная структура микробных патогенов в развитии ВУИ в зависимости от гестационного возраста диктует необходимость раннего обследования и лечения беременных из “группы риска” и недоношенных детей, в том числе на вышеуказанные патогены.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА**

**Асилова С.У , Тахиров Ж. М.**

**Ташкентская медицинская академия кафедра травматологии и ортопедии ВПХ с Нх**

Актуальность:ЭМГ данные ЭМГ метод позволяет определить изменения биоэлектрической активности мышц кисти в зависимости от степени стеноза запястного канала, а также является объективным критерием оценки результатов лечения больных. ЭМГ- исследования позволяет определить изменения биоэлектрической активности мышц кисти в зависимости от степени стеноза запястного канала, а также является объективным критерием оценки результатов лечения ортопедических и травматологических больных.

Целью нашей работы является: изучить показатели электромиографии при синдроме запястного канала

Материалы и методы исследования: Электронейромиографические исследования проведены у 45 больных с стенозом запястного канала. Больные были разделены на 3 группы по степени тяжести течения: I степени у 8 больных, II степени 15 больных и III степени 22 больных. Больным с I и II степени стеноза проводили консервативное лечение. Больным с III степенью стеноза проводилось хирургическое лечение предложенным нам методом.

С целью изучения функционального состояния нервно-мышечного аппарата кисти при стенозах карпального канала мы проводили глобальную электронейромиографию (ЭНМГ) посредством регистрации электрических потенциалов мышц. Этот метод позволяет определить изменения биоэлектрической активности мышц кисти в зависимости от степени стеноза запястного канала, а также является объективным критерием оценки результатов лечения ортопедо-травматологических больных.

Биоэлектрическую активность мышц кисти регистрировали с двигательных точек с помощью поверхностных электродов при постоянном межэлектродном расстоянии 1,5 см и длительности стимулов 0,5 м/с. Исследованы электрическая активность мышц возвышения I пальца, глубокого сгибателя пальцев и короткой мышцы кисти. Предварительно, перед положением электродов, поверхность кожи обрабатывалась спиртом, на электроды накладывался тонкий слой специальной электродной пасты, прикрепляли их с помощью резиновых лент. Затем в исследуемую мышцу вводится игла электрода. Сам электрод подключается к электронейромиографу, который регистрирует электрическую активность мышцы.

Вначале изучали биопотенциалы мышц в состоянии предельно произвольного расслабления исследуемых мышц, и при движениях сгибания и разгибания пальцев поврежденной кисти. Затем, регистрировали потенциалы мышцы, которые находятся в покое. После этого выполняли крайне медленное сгибание и разгибание пальцев кисти. Определяли основные показатели суммарной биоэлектрической активности - частоту биоэлектрической активности (в герцах) и амплитуду потенциалов действия (в милливольтгах), генерируемых при мышечном сокращении. Исследованию подвергались мышцы в области возвышения первого пальца, глубокого сгибателя пальцев и короткой мышцы кисти поврежденной кисти. Электрическая активность мышц регистрируется в виде зубцов или волн. При этом данные могут быть видны как на мониторе, так и записываться на специальной бумажной ленте. Полученные результаты (показатели амплитуды и частоты колебаний) сопоставлены с данными здоровых лиц, а также проведены математические обработки результатов между исследуемыми группами больных.

ЭНМГ исследования проведены в ближайшем (до и после лечения) и отдаленном (через 6 месяцев) периодах. Результаты ЭМГ исследований приведены в таблице № 1. Во всех группах больных до лечения констатировано снижение показателей амплитуды колебания и частоты колебаний во всех отведениях до 2- 2,5 раза по сравнению с нормальными значениями ( $p < 0,001$ ).

В ближайшем периоде после лечения отмечалось достоверное повышение показателей ЭНМГ во всех группах по сравнению с исходными данными ( $p < 0,001$ ). При сравнительном изучении показателей ЭНМГ между группами наблюдалось достоверное повышение амплитуды и частоты колебаний во всех отведениях у больных получавших хирургическое лечение по сравнению с группой получавших консервативное лечение. ( $p < 0,01$ ). Анализ полученных данных показал, что после

проведенного лечения у больных с хирургическим лечением отмечалось улучшение функционального состояния мышц кисти. При этом несмотря на достоверное повышение биоэлектрической активности по сравнению с больными группой ранней степени, показатели ЭНМГ у больных с хирургическим лечением находились достоверно ниже по сравнению с нормальными значениями.

В отдалённом периоде (через 6 месяцев после лечения), увеличение двигательной активности больных сопровождалось повышением частоты и амплитуды колебаний биопотенциалов на ЭНМГ во всех исследуемых группах больных. Однако, улучшение показателей биоэлектрической активности была более выраженной, и приближалась к нормальным значениям у больных с хирургическим лечением. У больных с ранней степени получавших консервативное лечение биоэлектрическая активность после лечения по сравнению с показателями как с хирургической группой больных, так и с нормальными значениями, оставалось достоверно сниженной ( $p < 0,001$ ).

У больных с стенозом запястного канала улучшение результатов ЭМГ исследования в сторону повышения показателей амплитуды и частоты колебаний на достоверно высокие цифры по сравнению в группе больных, которым применялись комплекс консервативного начальной стадии, поздней стадии хирургического лечения разработанный нами. Улучшение результатов ЭМГ исследований связано с восстановлением функциональной активности поврежденной кисти, с меньшей травматизацией нервно-мышечного аппарата, а также снижением частоты осложнений на фоне хирургического лечения по разработанной нами методике. Сравнение значений параметров поврежденной с параметрами здоровой кисти больных принято использовать при определении степени тяжести заболевания и эффективности проведенного лечения

Таким образом, увеличение двигательной активности больных сопровождалось повышением частоты и амплитуды колебаний биопотенциалов на ЭНМГ во всех исследуемых группах больных. Однако, улучшение показателей биоэлектрической активности была более выраженной, и приближалась к нормальным значениям у больных с хирургическим лечением. У больных с ранней степени получавших консервативное лечение биоэлектрическая активность после лечения по сравнению с показателями как с хирургической группой больных, так и с нормальными значениями, оставалось достоверно сниженной ( $p < 0,001$ ).

Выводы,

1. ЭНМГ метод позволяет определить изменения биоэлектрической активности мышц кисти в зависимости от степени стеноза запястного канала, а также является объективным критерием оценки результатов лечения больных.

2. ЭНМГ исследования показали улучшение в сторону повышения показателей амплитуды и частоты колебаний на достоверно высокие цифры в группе больных, которым применялись комплекс консервативного начальной стадии, при сравнении с больных с поздней стадии заболевания и после хирургического лечения по разработанный нами методике.

3. Улучшение результатов ЭНМГ исследований связано с восстановлением функциональной активности поврежденной кисти, с меньшей травматизацией нервно-мышечного аппарата, а также снижением частоты осложнений на фоне хирургического лечения разработанный нами. Сравнение значений параметров поврежденной с параметрами здоровой кисти больных принято использовать при определении степени тяжести заболевания и эффективности проведенного лечения

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Асилова С.У. Назирова М.У.

Ташкентская медицинская академия Ташкентский Государственный  
Стоматологический институт Ташкент

Актуальность. Остеопороз одно из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место в структуре переломов и вывихов, влияющих на качество жизни женщин. Перименопаузальная форма остеопороза относится к первичному остеопорозу, поэтому тяжесть ее проявления тесно связана с образом жизни. Алиментарный фактор является основной причиной - употребление однообразной и малокалорийной пищи с недостатком содержания кальция, а также присоединение перименопаузального периода усугубляет общее состояние женщины. Цель исследования. Изучение состояния минеральной плотности костей в зависимости от возраста и периода перименопаузы.

Материал и методы. Проведено исследование у 68 женщин перименопаузального возраста, изучалось состояние минеральной плотности костной ткани на уровне дистального отдела лучевой кости методом ультразвуковой денситометрии с применением аппарата соноденситометра MSLBDO 1 (Китай) путем применения ультразвукового линейного датчика. Женщины были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. Первая группа- женщины в возрасте от 45-56 лет и вторая группа- от 56-65 лет

Результаты и обсуждение. У обследованных женщин были следующие клинические проявления: боли в спине у 44,1% женщин, судороги и боли в нижних конечностях у 11,8% перелом локтевой кости у 4,4%. 81% обследованных женщин страдают анемией 1- 2 степени, хронический аднексит имелся у 20,6% , хронический пиелонефрит у 17,6%, нарушения менструальной функции были у 32,4%. Среднее число родов в анамнезе у исследованных составляло от 4 до 6.

Полученные данные интерпретированы согласно классификации ВОЗ по T- критерию и скорости проведения ультразвука (SOS). Согласно рекомендациям группы экспертов ВОЗ (WHO) величина стандартных отклонений T-и Z -score выше -1,0 SD как норма. От -1до -2,5 интерпретируется, как остеопения , от-2,5 и ниже-остеопороз. В наших исследованиях норма была определена лишь у 2 женщин. Снижение минеральной плотности от -1-2,5 ( остеопения) было выявлено у 47,3% из первой группы и у 26% - второй. Остеопороз- у 42,1% первой и 74%- второй. При исследовании больных обнаружено, что, чем старше возраст и давность заболевания, тем ниже показатели минеральной плотности костной ткани. В показателях ультразвуковой денситометрии отмечаются аналогичная корреляция в возрастном аспекте и давности заболевания с денситометрическим риском перелома, который уже имелся в анамнезе 3 женщин..

Выводы. Таким образом, с увеличением возраста больных и давности заболевания отмечается снижение плотности костной ткани. Развитие остеопении начинается, возможно, в репродуктивном возрасте и усугубляется в динамике перименопаузы. Факторами риска являются большое число беременностей и родов, хроническая анемия, гинекологические хронические заболевания и несбалансированное питание.

## СПОСОБ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОСТНОМ АНКИЛОЗЕ

Асилова С.У., Азизов А.М.

ТМА кафедры травматологии и ортопедии ВПХ с НХ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Актуальность: Способ эндопротезирования тазобедренного сустава при костном анкилозе являются одной из проблем требующей постоянного изыскания для выбора оптимального метода лечения. Предложения большинство авторов не имеют определенного подхода к хирургическому лечению этого заболевания. Ортопедии выбирает определенную методику и часто у них наблюдаются послеоперационный осложнение, также не улучшает качества жизни больных и увеличивает продолжительность реабилитационного периода. В настоящее время эффективным методом лечения больных с анкилозированным ТБС является ТЭП ТБС. У больных с анкилозированным ТБС, когда полученный неоднократно проводимое консервативное лечение было неэффективным, отмечается ноющие усиливающие боли в суставах постоянно, наблюдаются нарастающие контрактуры, формируются анкилозы в порочном положении, снижается двигательная активность эти показывает применения ТЭП ТБС.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 250 больных с 2010 по 2022г. АН ТБС в УзНИИТО отделении ортопедии. Из них: Идиопатический – 90, посттравматический- 40 и болезнью Бехтерева – 120 больных. Мужчин – 90, женщин- 120. Большинство больных 67% было от 35 до 65 лет. Всем больным проведено ТЭ ТБС. Больных делили на две группы в основной группе 130 больных, в контрольной группе 120 больных. Нами произведено первичное ТЭП ТБС у 250 больных с анкилозированным ТБС. III и IV стадии. Из них мужчин было 115 и женщин – 135. Больным проведено операция разработанный нами Способ эндопротезирования тазобедренного сустава при костном анкилозе». позволяет точно определить место проведения остеотомии в области шейки бедра и выбора атравматичной установки тазобедренного компонента эндопротеза (FAP 2022 01 88(71013) (Получено приоритетный письмо на полезную модель) Применение способ эндопротезирования тазобедренного сустава при костном анкилозе, дает возможности точно определить место проведения остеотомии в области шейки бедра и выбора атравматичной установки тазобедренного компонента эндопротеза, что позволяет снижение инвалидности и быстрее восстановления качества жизни больных.

При анкилозированным ТБС при выполнении оперативного вмешательства лабораторная диагностика с таких заболевания проводится с особой тщательностью. В общем анализе крови у таких больных отмечается анемия, повышение СОЭ и тромбоцитопения вследствие длительного приёма НПВС, а также мало подвижности больных. Хирургическое лечение проводится при ремиссии основного заболевания. В предоперационном планировании важную часть составляет предварительное измерение ТБС и определение размеров компонентов ЭП, которое осуществляется с помощью рентгенологического изображения и МСКТ ТБС. Больному проводится изображения проводиться обзорная рентгенография в масштабе 1:1, что заранее упрощает предоперационное измерение ТБС. Больным проводили ТЭП ТБС используя различные конструкции эндопротезов без цемента у-160 и у-90с цементом больных Проведено число больных с и бесцементными эндопротезами. в

основной группе из 221 больных, хороший результат в основной группе получен у 121(93.1 %) больных, в контрольной группе у 100 (83.3%) больных. Удовлетворительный результат из 25 больных, в основной группе получен у 8( 6.1%) больных, в контрольной группе у17(14.2 %) больны Неудовлетворительный результат из 4 больных, в основной группе получен у- 1(0.8 %) больных, в контрольной группе у3(2.5%) больных.. Среднее значение в баллах в отдаленные сроки до ЭП ТБС составило 7-7,5 баллов. После операции среднее значение в основной группе стало 10,1 баллов, в контрольной группе составило 8,9 баллов. Эти показатели указывает об эффективности хирургического лечения разработанный нами.

#### **Выводы**

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с анкилозированным тазобедренного сустава независимо от возраста является эффективным методом оперативного лечения устраняющим болевой синдром и улучшающим качества жизни больного.

При лечении больных анкилозированным тазобедренного сустава применение бесцементных эндопротезов дает возможности широкого внедрения эндопротезирования тазобедренного сустава.

У больных с анкилозированной тазобедренного сустава при выраженном остеопорозе, протрузионном коксите и при дефектах стенок вертлужной впадины применение костного цемента является оправданным методом при тотальном эндопротезирование тазобедренного сустава. .

Показанием к операции явились сумма 7,6 и ниже баллов,после операции., После операции среднее значение в основной группе стало 10,1 баллов, в контрольной группе составило 8,9 баллов. Эти показатели указывает об эффективности тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

## **СВЯЗЬ МЕЖДУ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Аскарров И.Р., Мамасолиев Н.С., Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р.**

**Андижанский государственный университет**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Гипертоническая болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, представляющим серьезную угрозу для здоровья человека. При этом важным аспектом является раннее выявление и контроль данного заболевания для предотвращения его осложнений. Недавние исследования указывают на то, что характеристики ротовой жидкости могут отражать степень тяжести гипертонической болезни и помочь в диагностике и прогнозировании этого заболевания. Ротовая жидкость является важным биологическим материалом, который содержит множество маркеров здоровья и заболеваний. Она отражает состояние организма и может быть использована для диагностики различных заболеваний, включая гипертоническую болезнь. Степень тяжести гипертонии может влиять на изменения в составе ротовой жидкости.

Исследования показывают, что у пациентов с гипертонической болезнью наблюдаются изменения в составе ротовой жидкости. Например, повышенные уровни воспалительных маркеров, таких как цитокины и интерлейкины, изменение состава кристаллов слюны, могут быть обнаружены у пациентов с выраженной гипертонией.

Это указывает на наличие воспалительных процессов в организме, которые могут способствовать развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Кроме того, оксидативный стресс, вызванный неравновесием между производством свободных радикалов и антиоксидантной защитой, также может играть роль в патогенезе гипертонической болезни. Изменения в уровне оксидативного стресса в ротовой жидкости могут отражать степень повреждения сосудистой стенки и возможные осложнения, связанные с гипертонией.

Более того, некоторые исследования связывают уровень гормонов, таких как альдостерон и катехоламины, с тяжестью гипертонической болезни. Эти гормоны влияют на регуляцию артериального давления и сосудистый тонус, что имеет прямое отношение к развитию и прогрессированию гипертонии.

Таким образом, анализ характеристик ротовой жидкости представляет собой перспективный подход к оценке степени тяжести гипертонической болезни и прогнозированию ее осложнений. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке новых методов диагностики и мониторинга гипертонии, что поможет улучшить качество жизни пациентов и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

## **АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Аскарров И.Р., Мамасолиев Н.С., Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р.**

**Андижанский государственный университет**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Гипертоническая болезнь, является одним из наиболее распространенных заболеваний сосудов, характеризующимся постоянным повышением артериального давления. Это состояние может привести к серьезным осложнениям, включая инфаркт миокарда, инсульт и поражение почек. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные гипертонической болезни, многие аспекты ее патогенеза остаются недостаточно изученными. Одним из потенциально перспективных направлений исследований является анализ морфологических изменений ротовой жидкости у пациентов с гипертонической болезнью.

Ротовая жидкость, или слюна, играет важную роль в поддержании здоровья полости рта, а также в ряде физиологических процессов, таких как пищеварение и защита слизистых оболочек. Недавние исследования показывают, что состав слюны может отражать состояние организма и служить индикатором различных заболеваний, включая гипертоническую болезнь.

Согласно проведенным исследованиям, у пациентов с гипертонической болезнью наблюдаются определенные морфологические изменения в составе ротовой жидкости. В частности, выявляется увеличение концентрации определенных биомаркеров, таких как цитокины, маркеры воспаления и оксидативного стресса. Эти изменения могут свидетельствовать о наличии системного воспалительного процесса и дисбалансе в организме пациента.

Более того, анализ морфологических параметров слюны может быть полезным инструментом для прогнозирования риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с гипертонической болезнью. Некоторые исследования показывают, что

определенные характеристики ротовой жидкости могут быть ассоциированы с повышенным риском инфаркта миокарда, инсульта и других серьезных осложнений. Интеграция анализа морфологических изменений ротовой жидкости в клиническую практику может иметь значительное значение для диагностики, прогнозирования и мониторинга гипертонической болезни. Разработка недорогих и неинвазивных методов анализа слюны может повысить эффективность скрининга пациентов на ранних стадиях заболевания, а также помочь в выборе оптимальной стратегии лечения.

Вывод: анализ морфологических изменений ротовой жидкости представляет собой перспективное направление исследований в области гипертонической болезни. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать более глубокому пониманию патогенеза заболевания и разработке новых методов диагностики и лечения.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ДЕФЕКАЦИИ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ**

**Ахмедиев М.М.<sup>1,2</sup>, Давлетярова У.М.<sup>1</sup>, Ахмедиев Т.М.<sup>2</sup>, Каландаров В.Г.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр нейрохирургии**

**<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия**

Дети с расстройствами мочеиспускания и дефекации имеют значительные ограничения в возможностях социальной адаптации [Гусева Н.Б., Длин В.В., Корсунский А.А., 2015]. Проблема постоянного использования абсорбирующего белья, неприятный запах и ограничение контактов со сверстниками существенно снижают качество жизни (КЖ) не только ребенка, но его ближайшего окружения.

Цель: оптимизировать комплексное лечение нейрогенной дисфункции мочеиспускания и дефекации у детей с миелодисплазией.

Материал и методы исследования. В проведенное исследование включены 38 пациентов в возрасте до 18 лет с ведущим диагнозом - миелодисплазия спинного мозга и/или другие пороки развития конского хвоста (Q.062), которые находились на обследовании и лечении в РСНПМЦН с расстройствами мочеиспускания и дефекации. Расстройства мочеиспускания при миелодисплазии клинически проявляются недержанием мочи, в основе которого лежат нарушения нормальных функциональных взаимоотношений детрузора и сфинктерного аппарата. Для получения сопоставимых результатов были соблюдены следующие условия: стационарное обследование, использование комплексного подхода с целью установления диагноза, применение стандартных методов урологического обследования.

Результаты и обсуждение. Сделать акт физиологических опорожнений частично управляемым возможно, если подобрать физиотерапевтическое воздействие для увеличения объема мочевого пузыря (МП), сократимости детрузора или укрепления сфинктерного аппарата тазового дна. Даже частичное улучшение регуляции мочеиспускания и дефекации в таких случаях может существенно повысить социальную адаптацию пациента и создать условия для его отлучения от медицинского учреждения на длительный срок.

У детей с миелодисплазией основными причинами тяжелых расстройств мочеиспускания являются дефект спинномозговой иннервации. Основным принципом операций при спинномозговых грыжах являются удаление грыжевого мешка, восстановление целостности твердой мозговой оболочки (устранение источника ликвореи)

и мягких тканей в области грыжевого мешка, устранение фиксации спинного мозга и его корешков.

Ритмическая ТМС метод консервативной коррекции расстройств мочеиспускания при миелодисплазии у детей, используемый как в виде самостоятельного лечения, так и с целью подготовки к последующим оперативным вмешательствам, имеющим целью устранение недержания мочи. Использование ТМС в лечении пациентов с нарушениями регулярного пассажа мочи (информированное согласие родителей было получено) привело к частичному восстановлению детрузорно-сфинктерных взаимоотношений, что существенно повысило КЖ.

Проведена оценка КЖ детей с сочетанными расстройствами мочеиспускания и дефекации органического генеза по результатам опросника, проведенного в простой письменной форме, и влиянию на эти показатели применения ритмической ТМС. Оценку КЖ проводили по опросным листам с учетом рекомендаций ВОЗ: физические и психологические возможности, уровень самостоятельности респондента, участие в общественной жизни, состояние окружающей среды. Анкетирование проводили анонимно родителей и детей на амбулаторном консультативном приеме между плановыми госпитализациями в отделение детской нейрохирургии РСНПМЦН.

Результаты исследования указывают на целесообразность анкетирования для планирования лечения детям с обозначенной патологией и подтверждают значимость применения ТМС для лечения детей с расстройствами мочеиспускания при пороках развития спинного мозга. Высокую эффективность разработанного комплекса методов лечения, подтверждает появление самостоятельного мочеиспускания и уменьшение тяжести недержания мочи у 52% больных с миелодисплазией.

Сопоставление клинической картины до и после проводимого лечения с данными инструментальных методов исследования позволило выявить механизмы развития ведущих симптомов расстройств мочеиспускания и обосновать целесообразность применения различных методов лечения. При этом у 22 % детей, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, осложненная пузырно-мочеточниковым рефлюксом, купируется без хирургического вмешательства. Разработанная схема лечения может без ограничений использоваться с целью предоперационной подготовки к реконструктивно-пластическим операциям, способствуя повышению их эффективности.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения миелодисплазии показал, что лечение его не может считаться успешным без решения проблемы восстановления функций тазового дна и, в частности, улучшения функции мочевыделительной системы и толстого кишечника. В связи с этим, необходимо отметить, что лечение миелодисплазии требует оперативной коррекции не только самого факта фиксации спинного мозга, но и решения урологических проблем командой квалифицированных специалистов в каждом конкретном случае.

Выводы.

1. Проведенный анализ клинических данных и результатов исследований обосновал целесообразность применения ТМС при лечении детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря при миелодисплазии. Показана эффективность ТМС на ранних этапах лечебного процесса и при катамнестическом наблюдении.

2. Расширены возможности применения ТМС при лечении детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря при миелодисплазии. ТМС в комплексном лечении детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря при миелодисплазии оказывает воздействие на модуляцию акта мочеиспускания, что подтверждается регрессом клинических признаков нарушения мочеиспускания. Комплексная коррекция

позволяет добиться отказа от искусственного дренирования нижних мочевых путей и создать оптимальные условия для проведения оперативных вмешательств.

## **НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА**

**Ахмедиев М.М.<sup>1</sup>, Арзикулов Ж.М.<sup>1</sup>, Ахмедиев Т.М.<sup>2</sup>, Давлетярова У.М. <sup>1</sup>**  
**<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр нейрохирургии,  
<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия,**

Дизрафии позвоночника и спинного мозга являются самой частой причиной развития синдрома фиксированного спинного мозга (СФСМ).

Цель исследования. Применить комплекс медикаментозных и физических методов в хирургическом лечении синдрома фиксированного спинного мозга.

Материал исследования составил 24 ребенка с первичным СФСМ и 17 детей с вторичным СФСМ. Диагностика больных с СФСМ включала клиничко-неврологическое, ультразвуковое и МРТ исследование содержимого позвоночного канала для определения уровня расположения конуса спинного мозга в зависимости от возраста больного. Методы нейровизуализации были направлены на оценку сопутствующих структурных изменений ЦНС в виде мальформации Киари (27%), гидроцефалии (43%), сирингомиелии (57%). При аномально низком расположении конуса спинного мозга, в случаях его фиксации, 39 (95,1%) больным произведена операция, целью которой являлись мобилизация спинальных структур и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в позвоночном канале. 2 (4,9%) детям было отказано в оперативном вмешательстве в виду общих противопоказаний.

Новым направлением операций при дизрафиях являлось удаление грыжевого мешка, восстановление целостности твердой мозговой оболочки (устранение источника раневой ликвореи) и мягких тканей в области грыжевого мешка, устранение фиксации спинного мозга и его корешков с помощью разработанных нами методик интраоперационной защиты спинного мозга.

В раннем послеоперационном периоде лучше всего восстанавливалась функция тазовых органов. Результаты лечения оцениваются как положительные и обнадеживающие: улучшение тазовых функций - у 43,3% оперированных больных, двигательных функций в нижних конечностях - у 36,7%. Контрольное МРТ исследование позвоночника и спинного мозга являлось 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 в динамике.

Хирургическое лечение дополнялось восстановительной терапией. Лечебный комплекс включал медикаментозную терапию и физические методы лечения. Ритмическая ТМС метод консервативной коррекции расстройств мочеиспускания при миелодисплазии у детей, используемый как в виде самостоятельного лечения, так и с целью подготовки к последующим оперативным вмешательствам, имеющим целью устранение недержания мочи. Использование ТМС в лечении пациентов с нарушениями регулярного пассажа мочи привело к частичному восстановлению

детрузорно-сфинктерных взаимоотношений, что существенно повысило качество жизни больных детей.

Выводы: 1. У детей с миелодисплазией основными причинами тяжелых расстройств мочеиспускания являются дефект спинномозговой иннервации. 2. Хирургическое лечение СФСМ, дополненное комплексом восстановительных методов, позволило добиться положительных результатов в виде полного или частичного регресса имеющихся расстройств в 37% случаев. 3. Комплекс эффективных лечебных мероприятий, направленных на восстановление уродинамики у детей с миелодисплазией, одним из важнейших компонентов которого являются нейрохирургические вмешательства в области первичного аффекта, дополненные медикаментозными и физическими методами лечения.

### **ШКАЛА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ МИЕЛОДИСПЛАЗИЙ**

**Ахмедиев М.М.<sup>1</sup>, Арзикулов Ж.М.<sup>1</sup>, Ахмедиев Т.М.<sup>2</sup>, Давлетярова У.М.<sup>1</sup>  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр нейрохирургии<sup>1</sup>,  
Ташкентская медицинская академия.**

Дети с большими спинномозговыми грыжами представляют собой особую группу пациентов со стойким неврологическим дефицитом и остаточными явлениями. Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения у детей, оперированных по поводу врожденных спинномозговых грыж больших размеров.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах наблюдений за 35 больными с врожденными спинномозговыми грыжами больших размеров. Большими грыжи нами считались при наличии показателя не менее 6 см в одном из размеров с типичными тканевыми изменениями. Всем больным произведено оперативное вмешательство. По локализации в пояснично-крестцовой области 20 (66,7%), груднопоясничной 8 (25,3%) и шейной области 2 (6,7%), крестцовой области 5 (3,3%) случаев. По видам спинномозговой грыжи: менингоцеле 4 (13,3%) менингорацидулоцеле 14 (30%) менингомиелорацидулоцеле 17 (56,7 %) случаев. Возраст больных детей варьировал от 22 дней до 4 лет. Превалировали дети до одного года - 24 (80%), в этой группе и возникали наибольшие трудности при лечении с дизрафий больших размеров из-за сложностей анатомо-физиологического характера. При этом приходится избегать немало осложнений, большинство из которых вызвано проведением вмешательства, с учетом индивидуальных особенностей пациента, такие как эластические свойства мозга, параметры резорбция ликвора и биомеханические свойства краниоспинальной системы.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина складывалась из следующих проявлений: гипертензионно-гидроцефальный синдром 13 (43,3%); неврологический дефицит в виде нижнего парализа 24 (80%) и параплегии 2 (6,7%) случаев; нарушение функции тазовых органов в виде недержания 21 (70%) случаев, задержка стула отмечена в 5 (16,7%) случаях. Ортопедические нарушения (косопальность, укорочение конечностей) - в 13 (43,3%) случаев. Длительно незаживающая трофическая язва выявлена в одном случае. У 2 (6,7%) больных до операции отмечен разрыв грыжевого мешка с ликвореей, который требовал срочной операции. При грудной локализации отмечались изолированные парезы нижних конечностей или изолированные

нарушения функции тазовых органов. Оперированы пациенты с новообразованной или нарастающей неврологической симптоматикой.

Для оценки результаты хирургического лечения нами использована собственная балльная шкала. Хороший результат отмечен у 30% детей (81-90 баллов по шкале), удовлетворительный – у 36,7% (61-80 баллов), неудовлетворительный у 30% (до 60 баллов), летальность наступила в одном наблюдении. При этом лучше всего восстанавливалось нарушение функции тазовых органов: у 4 (13,3%) больных прекратилось недержание мочи, у 13 (43,3%) больных отмечалось улучшение. У 4 (13,3%) больных до операции функции тазовых органов была не нарушенной. У 11 (36,66%) больных отмечались улучшение со стороны двигательной функции конечностей в ближайшем послеоперационном периоде. Из 30 больных у 13(43,3%) случаев, учитывая, выраженность гидроцефалией произведены шунтирующие операции, из них в 7 (53,8%) случаях 2-м этапом произведена операция «Герниотомия». У 6 (46,2%) больных 1-м этапом произведена операция «Герниотомия», а 2-м этапом произведены ликворошунтирующие операции.

Положительная динамика качества жизни выявляется в случаях раннего оперативного вмешательства СМГ в сочетании с комплексной восстановительной терапией. Проведение комплекса лечебных и физиотерапевтических мероприятий при СМГ следует проводить с учетом характера неврологических расстройств и типа нарушений функций тазовых органов. Проведение микрохирургической коррекции и комплексное лечение спинальной дизрафии позволило добиться благоприятных и стойких клинических результатов у 81% пациентов.

**Выводы.**

1. На результаты хирургического лечения детей со спинномозговыми грыжами больших размеров оказывает влияние неврологический статус до хирургического лечения, тяжесть состояния, возраст больного, анатомическая форма и локализация, наличие и выраженность сопутствующих пороков развития, характер, темп развития гидроцефалии.

2. При наличии обоснованных показаний своевременная хирургия данного порока с устранением фиксации спинного мозга, рассматривается нами как патогенетически обусловленный этап лечения. Во многих случаях результаты хирургического лечения и прогноз спинномозговых грыж больших размеров остается неблагоприятным в отдаленном периоде.

### **ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФИЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Ахмедов С.С., Холиков Н.Х., Эгамбердиев Р.Х., Алтыбаев У.У., Султанов А.М., Кадырбеков Р.Т..**

**Республиканский научный центр Нейрохирургии.г.Ташкент**

Глиобластома больших полушарий головного мозга является одним из наиболее агрессивных опухолей центральной нервной системы. Стандартом лечения глиобластом является максимальное удаление опухоли с последующей лучевой и химиотерапией. Использование современного технологического оборудования привело к улучшению качества жизни пациентов после хирургических вмешательств опухолей головного мозга, поэтому важно изучать динамические изменения неврологической симптоматики у больных с глиобластомами больших полушарий головного мозга.

Цель исследования: оценить динамику неврологических дефицитов у больных с глиобластомами больших полушарий головного мозга в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Работа основана на результатах клинико-лабораторных обследований и наблюдений 112 больных с глиобластомами больших полушарий головного мозга, находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии Республики Узбекистан с 2017 по 2023 гг. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет. Среди больных (40,2%) преобладали лица молодого и среднего возраста 20-44 лет. По полу преобладали женщины (55,4%).

У 65 (58%) больных заболевание манифестировало симптоматической эпилепсией, у 26 (23,2%) – преходящими нарушениями речи и гемипарезом, у 21 (18,75%) – заболевание проявлялось только головной болью. Всем больным проведено максимальное (более 90%), субтотальное (более 50%) или частичное (менее 50%) удаление опухолей. Неврологический статус пациентов оценивали до операции, на следующий день после нее и при выписке.

Результаты: Удаление опухоли производилось под микроскопической ассистенцией с использованием интраоперационного мониторинга при расположении опухоли в близости моторной коры головного мозга. У 38 (33,9%) больных опухоль удалось удалить максимально (более 90%). У остальных больных из-за близости опухоли к функционально значимым зонам тотальное удаление было невозможно. Степень удаления глиобластом подтвержден по данным послеоперационной КТ/МРТ головного мозга. У 69 (61,6%) больных – субтотальное и у 5 (4,5%) – частичное. При гистологическом исследовании у всех пациентов подтверждена глиобластома. В первые сутки после операции у 38 пациентов отмечено развитие преходящего гемипареза (от 2 до 4 баллов), у 8 больных с локализацией опухоли в проекции зоны Брока развилась моторная афазия. На 3-4 сутки после операции у всех пациентов неврологическая симптоматика стала регрессировать. При выписке (10-сутки) гемипарез значительно регрессировал у 28 пациентов, афазия также значительно уменьшилось. Через три месяца после операции 96 из 112 пациентов подверглись повторному неврологическому исследованию. Когда мы сравнили неврологический статус этих пациентов у 46 процентов из них установлено ухудшение неврологического статуса связанное с рецидивами опухоли или радиационным некрозом после лучевой терапии.

Выводы: В настоящее время функциональный исход после хирургического лечения глиобластом головного мозга остается неудовлетворительным. В раннем отдаленном периоде после операции неврологическая симптоматика ухудшается у более 40% случаев и в дальнейшем наблюдается прогрессирующее ухудшение неврологической симптоматики.

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУННЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Ачилова Г.Т, профессор Кариев Г.М.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии  
Российский университет дружбы народов**

Цель исследования. Изучить основные особенности и эффективность хирургического лечения туннельных невропатий верхних конечностей.

Материалы и методы исследования. Работа основывается на анализе хирургического лечения 74 пациентов с туннельными невропатиями верхних конечностей за период 2019–2023 гг. Среди пациентов преобладали женщины 62,3 % в возрастной группе от 41 до 50 лет (48 %). При комплексном обследовании в 18,3 % случаев был выявлен синдром полного, а в 81,7 % синдром частичного нарушения проводимости по нервному стволу. В 30,1 % наблюдений заболевание сопровождалось стойким болевым синдромом. Манифестация заболевания проявлялась: двигательными нарушениями в 72,1 %, чувствительными нарушениями в 26,6 %, трофическими нарушениями в 1,3 % случаев. Всем больным до операции проводили комплексное клиничко-неврологическое обследование с выполнением провоцирующих тестов, электронейромиографию, магнитно-резонансную и при необходимости — спиральную компьютерную томографию, обзорную рентгенографию.

Показанием к хирургическому лечению считали наличие у больного терапевтически резистентной туннельной невропатии, которая характеризовалась стойкими чувствительными расстройствами, мышечными атрофиями, болевым синдромом.

Выполняли следующие виды микрохирургических операций: декомпрессия нерва с рассечением стенок туннеля, микрохирургический невролиз. Катамнез прослежен у 67 пациентов. В 97 % наблюдалась положительная динамика в виде регресса болевого синдрома, восстановления двигательных нарушений в 93 %, чувствительных нарушений в 85 % случаев. Неудовлетворительные результаты лечения были связаны в основном с длительным анамнезом заболевания до операции и наличия грубых мышечных атрофий вследствие полного нарушения проводимости по нервному стволу.

Результаты исследования. Дебют заболевания чаще всего связан с развитием двигательных нарушений, реже с болевого синдрома и расстройств чувствительности. Причины развития туннельных синдромов верхних конечностей чаще всего были связаны с ранее перенесенной травмой. На долю врожденной патологии случаев не было. В клинической картине заболевания доминируют двигательные нарушения. Диагностика комплексная с исключением конкурирующих заболеваний, с предварительной установкой этиопатогенетического фактора и уточнением характера поражения нервного ствола в канале, точной установкой уровня поражения, основанным на данных инструментального исследования. Выполнение хирургического вмешательства должно осуществляться с интраоперационным электрофизиологическим мониторингом и уточнением степени нарушения проводимости нервного ствола, с адекватным радикализмом объема оперативного вмешательства, минимально-щадящим оперативным воздействием на нервный ствол, с пластикой стенок туннеля для предупреждения повторного развития компрессии нервного ствола.

Хирургический метод лечения туннельных невропатий верхних конечностей позволяет достичь хороших клинических результатов.

## АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Ачилова Г.Т, профессор Кариев Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии

Российский университет дружбы народов

Цель работы – на основании анализа данных анатомической и клинической литературы представить описание анатомических образований верхней конечности как потенциальных мест возникновения туннельных синдромов.

Стволы крупных нервов верхней конечности: срединного, локтевого и лучевого, по пути следования проходят через костно-мышечные, костно-фиброзные или фиброзные каналы («туннели»). В них при патологических изменениях тканей, окружающих нерв, может происходить его сдавление, которое проявляется туннельным синдромом – комплексом симптомов раздражения и выпадения функций в зоне иннервации нерва.

Потенциальные места компрессии срединного нерва расположены в нижней части плеча, верхней части предплечья и в области запястья. В дистальной части плечевой кости при развитии надмыщелкового отростка (в 1% случаев) образуется «надмыщелковое кольцо», ограниченное медиальным надмыщелком плечевой кости, надмыщелковым апофизом и протянутой между ними «фиброзной лентой Стразера». В верхней части предплечья срединный нерв вступает в фиброзно-мышечный туннель, который образован двумя пучками круглого пронатора и сухожильной дугой поверхностного сгибателя пальцев. Выходя на кисть, срединный нерв в окружении сухожилий сгибателей пальцев вступает в запястный канал, дно и стенки которого образованы костями запястья, а крыша – удерживателем сгибателей пальцев.

Локтевой нерв может подвергаться сдавлению в области локтевого сустава и в области запястья – в канале Гюйона. В области локтя нерв проходит в костно-фиброзном желобе, образованном бороздой локтевого нерва на медиальном надмыщелке плечевой кости, локтевым отростком локтевой кости и фиброзным пучком, их соединяющим. У места выхода из локтевого туннеля нерв может сдавливаться фиброзной аркой, натянутой между головками локтевого сгибателя запястья. В области запястья нерв может подвергаться компрессии в канале Гюйона, который образован гороховидной костью, крючком крючковидной кости и расщеплением удерживателя сгибателей.

Потенциальным местом компрессии лучевого нерва на плече является плечемышечный канал, который образован бороздой лучевого нерва и трехглавой мышцей плеча. Место компрессии глубокой ветви плечевого нерва – супинаторный канал, ограниченный шейкой лучевой кости и супинатором.

## ПОЛУШАРНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.

**Ашрапов Ж.Р.,**  
**Республиканский специализированный научно-практический**  
**медицинский центр нейрохирургии**  
**Узбекистан Ташкент**

Частота первичных опухолей центральной нервной системы в различных странах по данным эпидемиологических исследований составляет от 5 до 13;9 на 100 000 населения, а особенности детского возраста обуславливают повышенную склонность к развитию опухолей мозга по сравнению с другими органами детского организма

У детей новообразования головного мозга составляют 15-20% всей онкологической заболеваемости, занимают первое место по частоте; среди солидных злокачественных опухолей стоят на втором месте и среди; причин смертности от всех опухолей детского возраста; что во многом; определяет социальное значение детской нейроонкологии в целом.

В республиканском научном центре проведен анализ 46 больных, находившихся на лечении за период 2010-2014 гг. Возраст детей составлял от 2 до 15 лет, из них мальчиков - 25, девочек - 21. Диагноз выставлялся на основании клинико-неврологического инструментального и патоморфологического исследования.

По степени анаплазии астроцитарные опухоли у 43,8% пациентов были отнесены к доброкачественным и у 56,2% — к злокачественным новообразованиям. Расположение опухоли в функционально важных зонах мозга и распространение на подкорковые структуры ограничивали возможность ее радикального удаления, которое удалось осуществить у 70,8% пациентов. Послеоперационная летальность при этом составила в целом 4,6% (3,1 и 5,0% при тотальном и субтотальном удалении соответственно) При тотальном удалении глиом I—II степени анаплазии 5-летняя выживаемость больных составила 98,7%, при III степени анаплазии с применением ЛТ и ХТ — 64,5%. В случае субтотального удаления опухоли 5-летняя выживаемость больных составила 94,7 и 39,0% при доброкачественных и злокачественных опухолях соответственно. Качество жизни у 42,0% детей с полушарными астроцитомами было оценено как хорошее, у 56,2% — как удовлетворительное и только у 4,2% — как плохое из-за значительной выраженности гемипареза. Выявлено, что степень анаплазии опухоли и вид комбинированного лечения существенно не влияют на качество жизни больных. При этом ухудшение качества жизни пациентов коррелирует со степенью распространения опухоли в подкорковые структуры и, следовательно с объемом операции. При тотальном удалении опухоли хорошее качество жизни констатировано у 65,9%, удовлетворительное — у 31,1%, плохое — у 3% больных. При субтотальном удалении опухоли аналогичные показатели составили 30,8; 56,1 и 13,1% соответственно.

Таким образом, эффективность лечения детей с полушарными астроцитомами во многом зависит от степени радикальности удаления опухоли и последующего комбинированного лечения.

## ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 НА ТЕЧЕНИЕ В ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.

РНЦРЭМП Андижанский филиал

Андижанский государственный медицинский институт

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в последние годы, несмотря на достижения современной медицины и широкое распространение трансплантации печени, в грядущие 10-20 лет только от заболеваний печени ожидается увеличение смертности в 2 раза. Так по данным компетентных инстанций, примерно 200 миллионов человек страдает заболеваниями печени.

Ежегодно в нашей стране 50000 человек погибает от цирроза печени. В ряде приказов и постановлений Президента Республики Узбекистан поставлены задачи, первоначально направленные на выполнение научных исследований по изучению заболеваний внутренних органов, в том числе и цирроза печени в условиях республики Узбекистан. Однако до сегодняшнего дня не получил широкого распространения эпидемиологический мониторинг оценки результатов ранней профилактики цирроза печени и его осложнений, а также, мало проводились научные исследования в этой сфере деятельности.

Целью исследования является изучение короткоцепочного пептида холецистокинина-8 в крови больных В вирусным циррозом печени и оценка влияния его на изменения в желудке больного.

Для исследования было изучено 89 больных циррозом печени репрезентативной выборки сельского населения.

Для решения поставленных задач использовались эпидемиологические, общеклинические, инструментальные, лабораторные, в том числе биохимические, иммунологические и статистические методы исследования.

Считается, что одной из основных причин кровотечений у больных циррозом печени является портальная гипертоническая гастропатия (ПГТ). У больных с циррозом печени не установлена корреляция между степенью тяжести гастропатии и портальным давлением, классом Чайлд-Пью и системной гемодинамикой, а наоборот, выдвинуты идеи, что физиопатология портальной гиперкинетической гастропатии может быть обусловлена другими факторами риска. Гастрин, гистамин, ацетилхолин и грелин стимулируют выработку желудочного сока, тогда как соматостатин, холецистокинин, предсердечный натрийуретический пептид в свою очередь и оксид азота снижают выработку желудочного сока.

Согласно результатам исследования было установлено, что у лиц с циррозом печени вируса В, наблюдались высокие показатели серологических маркеров Anti-HBs и Anti-HbcIgG и их оптической плотности. Anti-NVe IgG обнаруживался в малых количествах и оптическая плотность была очень низкой.

Значение пепсиногена 1 при циррозе печени в стадии компенсации наблюдалось ниже нижней границы нормы. В противоположность этому, пепсиноген-2 оказался в пределах нормы, однако при циррозе печени В вирусной этиологии в стадии компенсации значение его в несколько раз превышало норму. У больных с явными признаками нарушения функции печени при декомпенсированном циррозе печени наблюдалось повышение ХЦК-8 и гастрин-17. Отмечено, что у больных с циррозом печени, вызванным вирусом В, в стадии компенсации повышение в крови ХЦК-8 было незначительно. Также отмечено, что уровни гастрин-17 были недостоверно выше нормы, а пепсиноген-1 и пепсиноген-2 находились в её пределах.

Это свидетельствует об отсутствии существенных изменений в деятельности пищеварительных желез желудка у больных циррозом печени в период компенсации. Полученные данные являются признаком снижения функциональной активности пищеварительных желез желудка у больных с циррозом печени, вызванного вирусом В, и это можно расценивать, как скрытую форму атрофического гастрита. Хронический атрофический гастрит является одной из основных причин поражения слизистой оболочки желудка.

Полученные нами результаты дают основание говорить о том, что ХЦК-8 является причиной развития указанных изменений.

## **ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 НА ТЕЧЕНИЕ С ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

**Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.**

**РНЦРЭМП Андижанский филиал**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Ежегодно в нашей стране 50000 человек погибает от цирроза печени. В ряде приказов и постановлений Президента Республики Узбекистан поставлены задачи, первоначально направленные на выполнение научных исследований по изучению заболеваний внутренних органов, в том числе и цирроза печени в условиях республики Узбекистан. Однако до сегодняшнего дня не получил широкого распространения эпидемиологический мониторинг оценки результатов ранней профилактики цирроза печени и его осложнений, а также, мало проводились научные исследования в этой сфере деятельности.

Целью исследования является изучение короткоцепочного пептида холецистокинина-8 в крови больных С вирусным циррозом печени и оценка влияния его на изменения в желудке больного;

Для исследования было изучено 89 больных циррозом печени репрезентативной выборки сельского населения.

Для решения поставленных задач использовались эпидемиологические, общеклинические, инструментальные, лабораторные, в том числе биохимические, иммунологические и статистические методы исследования.

Все рассмотренные показатели при циррозе печени вирусной С этиологии в стадии декомпенсации были достоверно выше, чем в стадии компенсации. Таким образом, уровень пепсиногена-1 в этой группе больных был ниже нижней границы нормы и достоверно ниже по сравнению со стадией компенсации. При этом отмечено, что показатели пепсиногена-2 находились в пределах нормы, но в несколько раз ниже стадии компенсации, тогда как показатели ХЦК-8 и гастрин-17 были достоверно высокими по сравнению со стадией компенсации и превышали верхнюю границу нормы в 2,5 раза (7-табл.).

Таким образом, при циррозе печени С-вирусной этиологии: концентрация пепсиногена-1 в сыворотке крови до 40 мкг/л и одновременно при этом значительное снижение секреции соляной кислоты, указывают на развитие атрофического гастрита; повышение гастрин-17 в крови и снижение выделения соляной кислоты являются дополнительными причинами развития атрофического гастрита; повышение ХЦК-8 в крови является показателем нарушения функции печени, что приводит к снижению нейтрализации этого пептида в печени. По нашему мнению, повышение ХЦК-8 в крови является основным фактором, приводящим к развитию желудочных расстройств; при обследовании больных с циррозом печени С вирусной этиологии целесообразно

исследовать функциональное состояние желудка, как органа, вовлеченного в патологический процесс, а именно определение в крови пищеварительных гидролаз, а также пептидов, контролирующих эти органы. Данный информативный скрининговый тест считается как триггер риска желудочного кровотечения.

Полученные нами результаты дают основание говорить о том, что ХЦК-8 является причиной развития указанных изменений.

## **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Ашуралиева М.А.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цирроз печени, занимая одно из главных мест среди болезней человечества, входит в десятку хронических заболеваний, увеличивающих причины потери трудоспособности и смерти. По данным статистики, во многих странах мира, кроме государств Восточной Европы и Центральной Азии, стандартизированный показатель смертности по возрасту, в период с 1990 года по 2017 год, уменьшился или стабильно сохранился. В этих государствах в виде исключения стандартизированная степень смертности по возрасту неуклонно росла за счёт широкой распространённости заболеваний печени. В 2017 году количество выявленных с декомпенсированной формой цирроза печени по отношению к общему количеству заболеваемости, составил 10,6 миллионов, тогда, как с компенсированной формой составили 112 миллионов человек. Эти цифры говорят о неуклонном росте и бессимптомном течении заболевания, что доказывает неоспоримую необходимость глубокого изучения заболевания.

Известно, что в контроле заболеваемости метод диспансерного наблюдения занимает ведущее место.

Исходя из этого, целью нашего исследования были изучены показатели диспансерного учёта по Мархаматскому району в 2019-2021 годах по данным областного управления здравоохранения.

Согласно этим данным, в 2019 году из 67 больных циррозом печени прошли диспансерное обследование 27, что составляет 40,3% от общего числа больных, находящихся под наблюдением. Из 393 больных гепатитом на диспансерном учете находились 103 человека, что составляет 26% от числа больных. В 2020 году под диспансерным наблюдением находились 25 из 51 больных циррозом печени, т.е. 49,0%, и 52 из 1000 больных гепатитом, т.е. 5,2%, в 2021 году - 26 из 51 больных циррозом печени, т.е. 51%. Общеизвестно, что больные циррозом печени должны находиться под регулярным диспансерным наблюдением. Однако, даже несмотря на низкий показатель диспансерного учёта, в 2020 и 2021 годах отмечено увеличение количества больных циррозом печени (с 40,3% до 51%). В то же время установлен низкий показатель процента диспансерного учёта больных с хроническим гепатитом. Низкие показатели подтверждают, что среди населения со стороны медработников, не проводятся надлежащие мероприятия по повышению осведомленности и борьбе с этим заболеванием.

Проведённый анализ подтвердил наличие увеличения из года в год осложнений цирроза печени. С таким диагнозом необходимо получать плановое лечение в условиях стационара, не менее 2-х раз в год. Число людей, находившихся на стационарном лечении по поводу хронического гепатита, за последние 3 года несколько снизилось

( $p=0,094$ ) (рисунок 1). Среднее количество людей, госпитализированных с циррозом печени за год, составило 130 (89%). В 2019 году этот показатель составил 44 (30%), в 2020 году – 58 (40%), в 2021 году – в среднем 78 пациентов (53%), причем расхождение в процентах обусловлено повторной госпитализацией одного пациента в течение года. В среднем от 30% до 53% пациентов лечились в больнице в течение пяти лет по поводу других заболеваний печени.

Анализ показывает, что количество больных, находящихся на лечении в стационарах с циррозом печени в Андижанской области, к 2021 году увеличился на 23%. В основном это находящиеся на лечении в стационарах с интенсивной терапией ( $p<0,01$ ). Основной причиной этого является большое количество осложнений, отягощающих течение цирроза печени у больных. Среди осложнений наибольший процент пришёлся на кровотечения и составил 82% случаев. Также установлено, что при циррозе печени на долю портальной гипертензивной гастропатии приходится 55% кровотечений.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Ашурова Ноила Шухратовна, Н.И. Ахмеджанова**  
**Самаркандского государственного медицинского университета**

**Цель исследования.** Выявить вид анемии (абсолютный или функциональный дефицит железа) при хронической болезни почек у детей.

**Материалы и методы исследования.** Обследована группа детей дошкольного и школьного возраста ( $n=96$ ), куда вошли дети со 2,3,4 стадией ХБП. Группу сравнения составили дети с анемией без признаков ХБП. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Наличие и тяжесть анемии была оценена по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 2011; наличие и стадия ХБП - согласно рекомендациям KDIGO (2012), и расчету скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по СКD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2011).

**Результаты исследования.** При исследовании сыворотки крови на эритропоэтин, было обнаружено, что его уровень был ниже нормы у 52% детей. Это в свою очередь ведет к тому, что у 50 детей установлен функциональный тип анемии, у 45 – абсолютная анемия. Уровень показателей железа, ферритина, трансферрина значительно снижен при функциональной анемии, нежели при истинной. Однако значение цитокиновых маркеров ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 у обследуемых повышен с одинаковой частотой как при абсолютной, так и при функциональной анемии. Увеличение уровня гепсидина также много повышено у детей с функциональной анемией, что свидетельствует о пущем хроническом воспалительном процессе в организме при данном типе анемии.

У пациентов с ХБП с анемическим синдромом концентрация изучаемых параметров анемии и провоспалительных цитокинов достоверно превышали контрольные значения. Значения всех параметров при функциональной анемии были достоверно выше, чем при истинной.

**Выводы.** Больные с абсолютной и относительной анемией характеризовались достоверными отличиями по эритропоэтину. Важным направлением в лабораторной диагностике, оценке прогрессирования ХБП и ее исхода у детей с анемическим синдромом является определение маркеров анемии, концентраций цитокиновых параметров в крови и в моче.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

**Б.С.Мамажанов, К.Т.Худайбердиев, Т.А.Кодиров, Ж.М.Исламов**  
Андижанский государственный медицинский институт

**Введение.** В настоящее время достигнута определенная ясность в лечении различных аспектов патогенеза поясничного остеохондроза, однако неврологические проявления, сопутствующие дегенеративным изменениям суставно-связочного аппарата позвоночника в пожилом и старческом возрасте мало изучены, поэтому дальнейшее усовершенствование диагностики, методики консервативного и хирургического лечения имеет большое практическое значение.

**Цель исследования.** Направлением исследования было изучение клинико-неврологических проявлений поясничного остеохондроза у больных в пожилом и старческом возрасте. Для объективизации результатов обследования и лечения применяли клинические, лабораторные, рентгенологические и МРТ исследования.

**Материалы и методы.** В наших научных работах были обследованы 140 больных в возрасте от 55 до 78 лет (мужчин- 74 (52,8%), женщин- 66 (47,2%), которые проходили лечение в отделении нейрохирургии клиники Андижанского Государственного медицинского института в период с 2019 по 2022 года. По данным рентгенологического обследования поясничного отдела позвоночника, наиболее выраженные проявления остеохондроза были обнаружены на уровне L2-L3 сегментов – у 4 (2,9%) больных; L4-L5 сегментов – 19 (13,6%) больных; L5-S1 сегментов – у 15 (10,7%) больных и у больных выявлены аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника в виде люмбализации и сакрализации. В этих случаях процесс преимущественно локализовался на уровне L5-L6 сегментов - у 6 (4,3%) больных; L6-S1 сегментов - у 2 (1,4%) больных. Полисегментарный характер изменений был выявлен у 25 больных на уровнях L3-L4 и L4-L5 (17,9%); на уровнях L2-L3, L3-L4, L4-L5 у 17 (12,1%) больных; на уровнях L4-L5, L5-S1 у 52 (37,1%) больных. Как видно, из приведенных данных рентгенологического исследования больных, в пожилом и старческом возрасте отмечено преобладание полисегментарных изменений позвоночного столба (67,1%). МРТ - исследование проведено 140 больным, из них у 119 (85%) больных отмечены грубые изменения позвоночника и межпозвонковых дисков. Грыжи межпозвонковых дисков обнаружены у 103 (86,5%) больных. Из них на уровне L3-L4 - 10 (9,7%); L4-L5 - 57 (55,4%); L5-S1 - 36 (34,9%). По данным МРТ, размеры протрузий и пролапсов дисков колебались от 4 до 12 мм, что приводило к резкому сужению позвоночного канала и сдавлению корешков конского хвоста. В патогенезе неврологических осложнений стеноз позвоночного канала и появление компрессионных факторов нервных корешков играют важную роль. В наших наблюдениях неврологические проявления остеохондроза зависели от уровня локализации патологического сдавления элементов спинного мозга.

**Результаты.** Всем больным было проведено комплексное лечение. Из 140 больных у 19 (13,6%) были выявлены изменения со стороны других органов и систем (ИБС, пиелонефрит, хронические гепатиты и др.) и этим больным проводилось консервативное лечение. Остальным 121 (86,4%) больным проведено оперативное лечение: аркотомия с удалением грыжи межпозвонкового диска - 71 (58,6%), гемиламинэктомия с дискэктомией - 32 (26,4%) и декомпрессивная ламинэктомия с дискэктомией - 18 (15%) больным. Результаты оперативного лечения изучены в сроки от 1 года до 3 лет. Для изучения эффективности лечения мы использовали

общепринятые критерии: исчезновение болей, восстановление функции корешков конского хвоста, восстановление подвижности позвоночника. Хорошие результаты - отсутствие болей, устранение ограничения подвижности позвоночника. Отсутствие обострений, восстановление функции корешков спинного мозга - 90 (64,3 %) больных. Удовлетворительные результаты - отсутствие острых болей при легких остаточных явлениях компрессии корешка, исчезновение деформации позвоночника – у 44 (31,4%) больных. Без изменений - 4 (2,8%) больных, и неудовлетворительный результат - у 2 (1,4%) больных - сохранились корешковые боли, периодически возникали обострения. Таким образом, хорошие и удовлетворительные результаты получены у 95,7% прооперированных больных. Неблагоприятными оказались результаты операций при сочетании грыжи диска и признаков эпидурита, и при позднем удалении срединных грыж межпозвонковых дисков.

Выводы. 1. Ортопедо-неврологические осложнения остеохондроза поясничного отдела позвоночника у пожилых, осложненные грыжами межпозвонковых дисков, имеют свои особенности, проявляющиеся выраженной компрессией корешков конского хвоста, в основном подтверждаемые МРТ и КТ исследованиями. 2. Дегенеративные изменения позвоночника у больных старческого возраста в сочетании с грыжами межпозвонковых дисков приводят к резкому сужению позвоночного канала – приобретенному стенозу позвоночного канала. 3. В пожилом и старческом возрасте для декомпрессии содержимого позвоночного канала рекомендуем более широкий доступ типа гемиламинэктомии и ламинэктомии. 4. Своевременно проведенные оперативные вмешательства с предварительной коррекцией соматической патологии независимо от возраста больных, обеспечивают хорошую медицинскую и социальную реабилитацию.

## **ФИБРОЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

**Баймуратова Б.Н., Досыбаева Г.Н., Отумбаева Е.Т.  
АО Южно-Казахстанская медицинская академия,  
город Шымкент, Казахстан**

Актуальность. Прогрессирующий процесс трансформации здоровых гепатоцитов в соединительную ткань, при несвоевременной терапии может привести к необратимому состоянию. Ретроспективно было изучено распространенность фиброзной патологии методом ультразвуковой диагностики. Проанализирован возможный этиологический фактор фиброза.

Введение. Фиброз печени — это универсальная генетически заложенная реакция на повреждение печени. Она характеризуется избыточным накоплением фиброзной ткани вследствие как увеличения ее образования, так и уменьшения скорости разрушения. В ответ на инфекцию, вызванную гепатотропными вирусами (вирусы гепатитов В, С и D, цитомегаловирусы, вирус Эпштейна — Барр и др.), воздействие алкоголя, лекарственных и токсических средств возникает патологический процесс в печеночных клетках. Поражение печени начинается с гепатоза без выраженных клинических воспалительных изменений, затем развивается гепатит, сопровождающийся повышением уровней трансаминаз и выраженными воспалительными явлениями. При прогрессировании гепатоза в печени выявляются воспалительно-некротические изменения, которые морфологически схожи с проявлениями гепатита, что позволяет классифицировать его как гепатит. Исходом

заболеваний становятся фиброз (ФП) и цирроз печени (ЦП) с развитием портальной гипертензии и печеночной недостаточности. Терминальной формой болезней печени может быть также гепатоцеллюлярная карцинома или печеночно-клеточный рак.

При инструментальной диагностике в связи с большей доступностью метода основное место отводится ультразвуковым методикам. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени чаще отмечается увеличение ее эхогенности, реже диффузная неоднородность ее ткани и увеличение размеров, гепатомегалия, наличие свободной жидкости в брюшной полости, варикозное расширение вен пищевода. Большое значение также имеет эктопическое отложение жира в поджелудочной железе, приводящее к развитию стеатоза, что сопровождается стеатоз печени и ФП при неалкогольной жировой болезни печени.

**Цель.** Изучить частоту распространенности фиброзной патологии печени у взрослых и детей с помощью ультразвуковой диагностики.

**Материал и методы.** Ретроспективно было изучено результаты УЗД органов брюшной полости с января 2021 года по январь 2024 года 1078 пациентов. Проанализировано 78% взрослых в возрасте 20-65 лет, в том числе мужчин – 51,1%, женщин – 48,9%, детей в возрасте 9-15 лет – 22%, из них 72% мальчиков, девочек-28%.

**Результаты исследования.** По результатам анализа на УЗИ брюшной полости: у 72% обследованных взрослых выявлены фиброзные изменения печени. Из них: у 68%-стеатогепатозная гепатомегалия, 9,2%-гепатозные изменения, из них у 3,8%-гепатозные признаки за счет гепатоспленомегалии, 12,7% - диффузные паренхиматозные изменения в печени, характерные для гепатита. По обследованию печени у детей: у 36% выявлены паренхиматозные изменения печени, характерные для гепатита, у 9% - симптомы гепатоза.

Наличие фиброзно-гепатозных изменений в печени в сравнении у мужчин и женщин были одинаковые цифры. По возрастной категории: диффузные фиброзные изменения в печени регистрировалось у лиц старше  $30 \pm 3$  лет у мужчин, у женщин старше  $38 \pm 2$  лет.

В описании протокола УЗИ у пациентов часто регистрировались такие паренхиматозные изменения в печени как: увеличение размеров печени, диффузное уплотнение паренхимы, обеднение сосудистого рисунка, эффект дорсального затухание эхосигнала, участки жировой инфильтрации, дистрофические изменения в паренхиме, периваскулярный фиброз, уплотнение Глиссоновой капсулы  $>3$  мм, уширение печеночных желчных протоков.

Проведенный анализ показал, что у пациентов больше половины было увеличение размеров печени, у большинства пациентов наблюдалось повышение эхогенности структуры печени, эффект затухания ультразвука, уплотнение Глиссоновой капсулы.

**Заключение.** Распространенность фиброзной патологии печени варьирует частотой 1:2, т.е. у половины обследованных пациентов встречается диффузная неоднородность ткани. Эхо-плотность печени повышена, что свидетельствует избыточное накопление фиброзной ткани вследствие как увеличения ее образования, так и уменьшения скорости разрушения. Паренхиматозные изменения в печени, характерные фиброзу встречается как у взрослых так и у детей, причем у детей этот процесс связан с алиментарным фактором, частым приемом антибиотиков, у взрослых - в первую очередь погрешностью в диете, вредными факторами.

С целью ранней диагностики и профилактики заболевания печени необходимо каждые 6 месяцев проходить полное чек-ап обследование организма, вести ЗОЖ, отказаться от фаст-фудов, энергетических и спиртных напитков.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ

Бахронов Ш. Я., Пиров А. Р., Кенжаев Л.Р.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Снизить частоту развития острой сердечной и полиорганной недостаточности, госпитальную летальность у пациентов с геморрагическим шоком путем комбинированного применения цитофлавина и рингера лактат к стандартной инфузионной терапии.

Материалы и методы. Для реализации задач исследования был проведен анализ оказания помощи пострадавшим с геморрагическим шоком вследствие ранения крупных при и жизненно-важных органов, тяжелой сочетанной травмы, случаев острой массивной кровопотери во время оперативных вмешательств, желудочно-кишечного кровотечения. В клиническую часть работы включено 108 пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами и ранениями, сопровождавшимися острой массивной кровопотерей тяжелой и крайне тяжелой степени (с дефицитом ОЦК более 40% и более 60% соответственно), за период с 2011 по 2020 гг. Пациенты проходили лечение в РНЦЭМП Бухарский филиале. Первая группа состояла из 20 пострадавших. Данная группа была сформирована ретроспективно, при анализе архивных историй болезни и включала пациентов, которые находились на лечении в период с сентября 2011 года по декабрь 2020 года. Всем пострадавшим данной группы проводилась стандартная (традиционная) инфузионная терапия без использования препаратов «малообъемной реанимации» и сбалансированных коллоидных и кристаллоидных плазмозаменителей. Вторую группу составили 50 пациентов, обследование их проводилось проспективно (в период с января 2011 года по декабрь 2020 года). Всем пострадавшим данной группы проводилась инфузионная терапия геморрагического шока с включением рингер лактат в объеме до 100% от величины кровопотери. Третью группу составили 38 пациентов, обследование их проводилось проспективно (в период с января 2011 года по декабрь 2020 года). Всем пострадавшим данной группы проводилась инфузионная терапия геморрагического шока с включением рингер лактат в в объеме до 100% от величины кровопотери и внутривенного капельного введения цитофлавина в дозе 0,3-0,4 мл/кг в 200 мл 5% раствора глюкозы.

Результаты. У пациентов первой группы, общая госпитальная летальность составила 59,2% (погибло 12 пациентов). Основной причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность - у 8 (66,6%) больных, затем - острая сердечная недостаточность - у 2 (16,6%) пациентов, острая дыхательная недостаточность - у 1 (8,3%) пострадавших и острая почечно-печеночная недостаточность - 1 (8,3%) пациента. У пациентов второй группы, общая госпитальная летальность составила 58,0% (погибло 24 пациентов). Основной причиной летальных исходов также являлся синдром полиорганной недостаточности у 15 (или 62,4% больных), затем - острая сердечная недостаточность - у 6 (25%) пациентов, острая дыхательная недостаточность - у 1(4,1%) пострадавших . Один пациент (2,0%) погиб от острой массивной тромбоэмболии легочной артерии. У пациентов третьей группы уровень госпитальной летальности (26,3%, 10 пациентов) был достоверно ниже аналогичного показателя в первой и второй группах исследования. Достоверно ниже причиной смерти являлась острая сердечная (у 2,6%, 1 больного) и полиорганная (50,%, -6 пациентов) недостаточность. Острая дыхательная недостаточность явилась причиной смерти у 1

(2,63%) больных, острая почечно-печеночная недостаточность – у 2 (20%) пациентов. Анализ результатов интенсивной терапии пациентов с геморрагическим шоком выявил, что частота развития основных осложнений- острой сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности была достоверно ниже у пациентов 3-й группы по сравнению с больными 1-й и 2-й группы. Достоверно более низким был и уровень госпитальной летальности у пациентов 3-й группы, а в структуре летальных исходов - достоверно более низкий удельный вес острой сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности.

Выводы. Использование рингер лактат и цитофлавина в комплексе инфузионной терапии у пациентов с геморрагическим шоком способствует снижению частоты острой сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности, уровня госпитальной летальности.

## **ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА**

**Бахронов Ш.Я., Ахтамов А., Кенжаев Л.Р.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

Актуальность. Более чем в 90% случаев внегоспитальная остановка сердца (ВГОС) приводит к необратимой смерти. Учитывая высокий уровень летальности, ВГОС рассматривается мировым научно-медицинским сообществом как серьезная глобальная проблема общественного здоровья. Вследствие прогрессирующей гипоксии каждая минута отсрочки сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) сокращает шансы на благоприятный исход примерно на 10%. В случаях, когда очевидцы оказывают необходимую первую помощь (ПП), вероятность выживания возрастает в 2-4 раза (Holmberg M., et al., 2018). Многолетний зарубежный опыт свидетельствует, что благодаря внедрению мер оптимизации системы догоспитальной помощи, направленных на укрепление начальных звеньев «цепочки выживания», можно добиться существенного снижения летальности

Цель исследования: изучить эффективность тренингов на симуляторах и промежуточных пробных тестирований в практикоориентированном обучении методам базовой сердечно-легочной реанимации в рамках курса обучения первой помощи клинических ординаторов.

Материал и методы. На целевых циклах по «Первой помощи», 72 часа, включающих занятия в аккредитационно-симуляционном центре, проведен анализ обучения клинических ординаторов 18 специальностей, приемам базовой сердечно-легочной реанимации и экстренной медицинской помощи. Одним из этапов подготовки была оценка практических навыков учащихся. Определены этапы подготовки, включающие лекции, самостоятельную теоретическую работу, практикум в симуляционном центре. 2/3 аудиторного времени приходилось на практические занятия.

Результаты: Теоретическое обучение СЛР включало разделы базовой СЛР и расширенной СЛР. Практикум был разделен на обучение алгоритмам выполнения СЛР в соответствии с видом остановки сердца. Для каждого компонента были представлены цели обучения и конкретные навыки. Главной задачей обучения были освоение техник выполнения методов реанимации, отработка умений и навыков практической работы.

Углубление теоретических медицинских знаний позволяло минимизировать ошибки при освоении и сдачи практикума.

Обсуждение. Цели обучения отражают современные требования к освоению приемам первой помощи врачей всех специальностей. Эти компетенции должны изучаться уже в рамках установленных программ высшего медицинского образования. На этапе подготовки к аккредитации учащиеся должны выполнить все приемы СЛР, показать умение работы с автоматическим наружным дефибриллятором (АНД). Внедрение симуляционных технологий в процесс обучения ведет к улучшению освоения теоретического материала, закреплению практических умений и навыков и положительным образом отражается на мотивации учащихся к дальнейшему изучению предмета.

Заключение. Для повышения результативности оказания догоспитальной помощи требуются комплексные согласованные организационные преобразования, которые должны быть направлены, прежде всего на обучение всех выпускников медицинских ВУЗов и медицинских работников обучению первой помощи (ПП), а также на максимальное вовлечение населения в процесс оказания ПП, что требует всеобщего обучения ПП, повышения ее доступности и качества.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИМИИ**

**Бекманова Гульбахар Бегдуллаевна  
Каракалпакский медицинский институт**

Аннотация: образовательный процесс взаимодействует с поисками инновационных педагогических технологий, более эффективных технологий, призванных содействовать развитию творческих способностей обучающихся. Необходимо добиваться, чтобы ученик стал активным участником учебного процесса, а учитель являлся организатором познавательной деятельности ученика.

Ключевые слова: образовательный процесс, инновационные педагогические технологии, активный участник учебного процесса, подготовленность класса, постановка проблемной ситуации и вопроса, укрупнение дидактических единиц в химии.

В настоящее время образовательный процесс немислим без поиска новых, более эффективных технологий, призванных содействовать развитию творческих способностей обучающихся. Необходимо добиваться, что бы ученик стал активным участником учебного процесса, а учитель, забыв о роли информатора, являлся организатором познавательной деятельности ученика.

К интегральной образовательной технологии относятся - многократное повторение, обязательный поэтапный контроль, высокий уровень трудности. Изучение крупными блоками, применение опор, ориентировочных основ деятельности. Эта технология используется при изучении химии в старших классах. Это активные формы обучения: уроки – лекции, семинары, практикумы, консультации.[2]

Теоретический материал излагается поочередно. Используется двукратное объяснение: сначала в форме лекции с демонстрацией опытов и применением средств наглядности, затем кратко, с выделением опорных знаний и вычленением наиболее существенного в информации. Новый материал, изучаемый на лекции, неоднократно повторяется учащимися и рассматривается в разных связях на семинарских занятиях. Основные направления работы на занятиях могут излагаться разными лозунгами.

Например: «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать», «Опыт-основа познания», «Отданных анализа к структуре, а от неё к свойствам», «Все познается в сравнении», «Практика – есть критерии истины» и т.д. Лекции проводятся в трех этапах. Преподавание материала системно дает экономию учебного времени, позволяет больше его затрачивать на формирование умений, обсуждение изученного, обучение учащихся высказывать своё мнение, оценивать содержание материала. В зависимости от подготовленности класса лекции проводятся на умозаключении, содержащего общий вывод из частных посылок и умозаключениями имеющие обратную направленность вывода.[1]

На этих процессах развиваются мыслительные способности учащихся, их умения строить гипотезы, делать обобщения. На лекции учащиеся привлекаются к самостоятельному разъяснению вопросов, имеется возможность вести проблемное изложение, активизировать мыслительную деятельность, способности к построению рассуждений в процессе решения поставленных перед ними задач. На лекции учащиеся ведут поиск скрытых существующих связей, закономерностей, получают удовлетворение и проявляют большой интерес к предмету, когда найденный ими вариант решения признается истинным, правильным. Для осмысления содержания лекции включаются вопросы. Например – Как вы думаете? – В чем ошибочность такого высказывания? – Как подтвердить правильность высказанного положения? -Каковы области применения данных знаний?

Каждую лекцию стараемся делать проблемной. Вначале ставится проблема, а учащиеся подводятся к решению этой проблемы. Например: лекция по теме: "Ароматические углеводороды".

- Исходя из структурной циклической формулы бензола, которую предложил Кекуле, назовите реакции, которые будут характерны для данного вещества (демонстрация опытов взаимодействия бензола с бромной водой и перманганатом калия). Бензол с ними не реагирует. Перед учащимися создана проблемная ситуация. Показано противоречие между строением молекулы (формулой Кекуле) и свойствами.

- В чем причина данного противоречия?

Учебная лекция – очень важная, активная форма работы по развитию мышления учащихся. Учащимся рекомендуется составлять конспекты, схемы, опорные системы по теме, блоку. По всем темам курса органической химии составлены конспекты. Теоретический материал, изученный на лекции, закрепляется на уроках семинарах. На занятиях учащимся предлагается основное задание. Оно идет по трем программам I, II, III. Основное задание выполняют все учащиеся. Но каждый выбирает свою программу.[3]

Вторая часть занятия посвящена работе по вариантам 1,2,3,4 избранной программы. Над программами работают индивидуально, парами, группами (по желанию учащихся). По каждой теме органической химии запланированы семинарские занятия, практикумы, консультации. Проводятся несколько видов семинаров: обучающий; самостоятельное приобретение знаний по заданной разработке; семинар – практикум по решению расчетных задач; обучающее и практические семинары. Преобладающей функцией семинара является обучающая. Но на них обязательно осуществляется контроль. Затем проводится итоговый контроль.

Технология проблемного обучения включает в себя весь курс химии пронизывает проблемное обучение. Все лекции по органической химии являются проблемными. Изучение общей и неорганической химии сопровождаются постановкой на уроке проблемных ситуаций, вопросов. При изучении темы «Электролитическая диссоциация» обучающимся предлагаются проблемные вопросы:

-можно ли сформулировать общее определение для всех электролитов: электролиты растворяющиеся в воде вещества?

- являются ли электропроводными системы, состоящие из воды и сульфата кальция, воды и гидроксида алюминия?

На занятиях по другим темам, разделам подобным образом создаются проблемные ситуации, вопросы, идет поиск путей решения проблемы.[4]

Эта технология может быть использована при изучении раздела «Основные классы неорганических соединений». Четыре программные темы «Оксиды», «Кислоты», «Основания», «Соли» объединяются на основе идей параллельного структурирования и укрупнения дидактических единиц обучения. Когда изучаются темы отдельно, обучающиеся нацеливаются на изучение частных свойств. Не обращается внимание на возможность их параллельного рассмотрения. Обучающиеся лишены возможности приобрести обобщенное умение. Для устранения этого учебный материал по разделу рассматривается параллельно. Составлен следующий план изучения раздела:

- характеристика, классификации основных классов неорганических соединений – оксидов, кислот, оснований, солей;

- характеристика способов получения оксидов, кислот, оснований, солей;

- химические свойства оксидов, кислот, оснований, солей;

- зачет по теме «Взаимосвязь оксидов, кислот, оснований, солей».

Технология разноуровневого обучения может быть использована на эффективной организации образовательного процесса невозможна без использования индивидуально-дифференцированного подхода к учащимся, в соответствии с их склонностями, интересами и возможностями. В обучении химии дифференциация имеет особое значение. Это обусловлено спецификой предмета: У одних учащихся усвоение химии сопряжено со значительными трудностями, а у других проявляются явно выраженные способности к изучению предмета. Проблему прочности знаний по химии можно решить через технологию уровневой дифференциации. Реализуя ее, определяем следующую последовательность действий:

- определение содержания учебного материала;

- разработка технологической карты для учащихся;

- блочное изучение материала;

- создания методики для подготовки к контрольной работе;

- устный опрос по теме (учащиеся делятся на однородные группы, каждой группе предлагаются задания, соответствующие уровню развития учащихся группы);

Письменная работа и диагностика результатов обучения.

В организации процесса обучения учащихся ориентируюсь на введение трех стандартов:

- обязательной общеобразовательной подготовки (уровень, которого должен достичь каждый ученик);

- усвоение знаний в рамках учебной программы;

- повышенной подготовки, определяющейся заданной глубиной овладения содержанием учебного предмета;

- обучение на уровне углубленного изучения предмета для интересующегося, способного ученика. Обучение происходит на индивидуальном максимально возможном уровне трудности.

В условиях дифференциации ученик определяет направления собственной реализации на основании имеющихся способностей, склонностей, интересов и выбирает ту образовательную траекторию, которая ему наиболее близка. Выбор уровня сложности достаточно подвижен и делается не "навсегда". К самостоятельному выбору

заданий учеников надо готовить, советовать какое задание выбрать, но право выбора остается за учеником. Осуществляя контроль и оценку знаний учащихся, важно добиться, чтобы оценка отражала субъект учебной деятельности. Надо помнить о том, что изучение каждого предмета в школе – не цель, а средство развития ребенка. Для оценки успехов учащихся необходимо определить, как усвоено содержание.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ**

**Бобоев Ж.И., Хасилбеков Н.Х.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г.Ташкент.**

Переломы костей черепа диагностируют у 4% от общего числа пациентов с черепно-мозговой травмой, из них 19—21% случаев составляют переломы основания черепа. У 2—3% пострадавших в остром периоде черепно-мозговой травмы возникает ликворея. Как правило, это больные, получившие тяжелую черепно-мозговую травму. Наиболее частыми осложнениями посттравматической назальной ликвореи являются гнойные менингиты и абсцессы головного мозга. По данным литературы, они развиваются у 2-13% пострадавших с переломами основания черепа.

Цель работы: Проведен анализ хирургического лечения пациентов с посттравматической напряженной пневмоцефалией и назальной ликвореей в условиях нейрохирургического стационара в РНЦНХ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 23 больных в РНЦНХ с 2013 по 2023гг. Возраст больных составил от 16 до 48 лет, у которых после тяжелой черепно-мозговой травмы осложнилась напряженной пневмоцефалией и назальной ликвореей. В экстренном порядке были прооперированы 2 пациента, в плановом порядке 21 больных.

Для установления локализации ликворную фистулу диагностического поиска явилась КТ цистернография с водорастворимым контрастным веществом, которая проводилась по стандартному протоколу. После операции всем пациентам устанавливался люмбальный дренаж на срок до 8-10 дней, также в обязательном порядке проводилась КТ головного мозга на следующий день и при выписке из стационара.

Результаты: у 4 пациентов диагностированы ликворные фистулы в области средней черепной ямки, в 19 случаях в области передней черепной ямке. У 20 больных для верификации использовалась МСКТ головного мозга с контрастом, у остальных применение контраста не требовалось в связи с тем, что без контраста был виден дефект черепа. Радионуклидная цистернография применялась как альтернативный метод, подобная методика была использована у 15 больных, у всех больных на КТ головного мозга верифицирована пневмоцефалия. Все оперативные вмешательства проводились с применением операционного микроскопа костно-пластическая трепанация лобной области бифронтально, менингоэнцефалолиз, дренирование пневмоцефалической кисты и пластика дефекта задней стенки лобной пазухи свободным мышечным лоскутом из височной мышцы, биоклейм. Использовались экстрадуральные и интрадуральные доступы. При ликворных фистулах в области передней черепной ямки предпочтения отдавались экстрадуральным доступом, а при локализации в области средней черепной ямки применялись интрадуральные подходы. Экстрадуральным доступом прооперировано 4 пациента все вмешательства проведена у больных с

ликворное фистулы в области средней черепной ямки. Интрадуральным доступом оперировано 19 пациентов на средней черепной ямке. Для пластики использовались как аутокани (мышца, жировая ткань, надкостница), «тахокомб», биологические клеевые композиты, так и их комбинации. После хирургической пластики основания черепа ликворея была купирована у всех пациентов. Послеоперационных инфекционных осложнений не отмечено. Зафиксировано 2 летальных исхода.

Заключение: Таким образом, пластика посттравматических ликворных фистул основания черепа открытым хирургическим методом, как в остром, так и в промежуточном и отдаленном периоде черепно-мозговой травмы позволяет эффективно купировать ликворею и предотвратить инфекционные осложнения.

## **НЕКОТОРЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА**

**2Бобоев Кодиржон Тухтабаевич, 1Мусашайхова Шахноза Мамирбековна,  
1Махсудов Оятилло Муhibиллаевич, 1Мусашайхов Умиджон Хусанович.**

**1Андижанский государственный медицинский институт**

**2Республиканский специализированный научно - практический медицинский  
центр гематологии**

Цель исследования. Оценить значение драйверных соматических мутаций t (8;21) и Inv (16;9) в развитии ОМЛ.

Материал и методы. Материалом для молекулярно - генетического исследования служила периферическая кровь 145 больных с ОМЛ обратившихся на обследование и дальнейшее лечение в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦГ МЗ РУз). Наиболее поражаемый возраст среди пациентов с ОМЛ – 18-44 года, которые составили 145/78 (53.8%) больных. Среди больных мужского и женского пола пик заболеваемости приходился на возрастную группу 18-44 года. Среди исследуемых больных с ОМЛ в молодом возрасте большую часть пациентов составили лица женского пола 74/45 (60.8%), вместе с тем, развития ОМЛ у мужчин в этом возрасте было выявлено только у 33 из 71 больных, который составил 46.5% соответственно. Изучение исследованных мутации осуществляли на основе метода Tag Man-зондов на амплификаторе Rotor-Gene Q (Quagen, Германия), с использованием коммерческого тест-набора ООО «Литех» (Россия).

Результаты и обсуждение. В ходе данного исследования при изучении возрастных особенностей больных ОМЛ с мутациями гена t (8;21) установлено, что наибольшее количество мутаций изучаемого гена выявлено у пациентов в возрасте старше 60 лет. У больных с ОМЛ молодого возраста, несмотря на незначимые различия, обнаружено уменьшение доли встречаемости мутаций гена t (8;21) (7.7%) по сравнению с пациентами с пожилого возраста (17.9%).

Таким образом, результаты анализов показывают, что не смотря на несущественную степень различия в частоте распределения данной мутации среди сравниваемых групп пациентов, шанс обнаружения t (8;21) мутации у пожилых пациентов выше в 2.6 раза по сравнению с подгруппой молодых больных с ОМЛ ( $\chi^2=2.7$ ; OR=2.6; p=0.2; 95% CI:0.83–8.23). В месте с тем, мутаций гена t (8;21) не были выявлены среди 92.3% молодых больных и у 82.1% больных с ОМЛ пожилого возраста соответственно.

Результатам статистических анализов показано, что мутации в гене Inv (16;9) крайне редко (лишь у 2,6%) обнаруживались у пациентов молодого возраста. А также, схожую картину наблюдали у больных старше 60 лет, мутации Inv (16;9) выявлены у 3.6% пациентов соответственно ( $\chi^2=0.1$ ; OR=1.4;  $p=0.8$ ; 95% CI:0.14–13.92) . Тем не менее мутация Inv (16;9) не была выявлено у 97.4% пациентов молодого возраста и 96.4% случаях пожилого возраста.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют в пользу того, что шанс обнаружения t (8;21) мутации у пожилых пациентов выше в 2.6 раза по сравнению с подгруппой молодых больных с ОМЛ ( $\chi^2=2.7$ ; OR=2.6;  $p=0.2$ ; 95% CI:0.83–8.23),

В разнице в частоте встречаемости мутации Inv (16;9) в зависимости от возраста больных не достигли достоверных величин ( $p < 0.05$ ).

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВОГО ЗОБА**

**Бобоева Динора Шокиржоновна**

**Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии**

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания щитовидной железы занимают 2-е место по распространенности среди эндокринных нарушений после сахарного диабета. Узловой зоб является одним из наиболее распространённых заболеваний, которое несмотря на достижения научно-технического прогресса, всё же остаётся малоизученной проблемой современной медицины. Узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы (1 см и более), выявляемые с помощью пальпации и визуализирующих инструментальных методов диагностики. В последние годы американскими учёными доказана эффективность применения ими методов ACR TIRADS и Bethesda при заболеваниях узлового зоба. В то же время, что при лечении узлового зоба профилактика послеоперационных осложнений и объём применения оперативного лечения являются причины дискуссий и оценка результатов хирургии имеет особое значение.

Как показывают результаты проведённых многочисленных исследований, в 5-15% случаев узлового зоба выявлена встречаемость рака у больных в зависимости от их возраста, пола, радиационной экспозиции, семейного положения и др. факторов. Hegedus L, 2015. Clinical practice. The thyroid nodule. N Engl J Med 351:1764-1771.

Цель исследования. Показать и проанализировать опыт применения систем ACR TIRADS и Bethesda на практике хирургии щитовидной железы и роль этих систем при преждевременном выявлении рака щитовидной железе.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужили истории болезни, сведения, зарегистрированные в операционных журналах и амбулаторных картах 30 больных, прооперированных по поводу узлового зоба в периоды 2023-2024 гг., были изучены данные использования систем ACR TIRADS и Bethesda у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ЩЖ в Хорезмском филиале РСНПМЦ и были изучены данные использования систем ACR TIRADS и Bethesda у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ЩЖ в клинике «Центр здоровья» г.Ургенч в период с 01.03.2023 по 01.02.2024 гг. С целью выполнения поставленных задач в процессе исследования были использованы объективные и субъективные, лабораторные методы исследования гормонов общий Т3, свТ4, ТТГ, а также

инструментальные, в частности УЗИ, цитологические, экспресс-гистологические и статистические методы исследований.

Результаты исследования. Полученные данные от применения систем ACR TIRADS и Bethesda показали свою эффективность в выявлении морфологии узла щитовидной железы. Данные УЗИ ЩЖ были расценены классификацией TIRADS по категориям TIRADS-2, TIRADS-3, TIRADS -4, TIRADS -5, в 48%, 15%, 16%, 12% случаев соответственно. 43% результата ТАБ были отнесены к трем категориям классификации Bethesda, как B-IV - 26%, B-V – 15%, B-VI -3% соответственно. Показаниями к операции служили случаи подтвержденного рака ЩЖ (n=1), подозреваемого рака ЩЖ (n=8) наличия симптомов сдавления и/или загрудинного роста узлов ЩЖ (n=5). Были произведены в количестве 10 тотальных и 4 субтотальных тиреоидэктомий.

Вывод. Системы ACR TIRADS и Bethesda используются для определения дальнейшей тактики ведения пациентов и их главной задачей является преждевременное выявление злокачественных перерождений щитовидной железы.

## **ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА ВЫСОКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

**Инакова Б.Б., Нуриддинова Г.Т., Бозарова Н.Ф.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучение исхода родов для матери и плода при большой массе тела последнего.

Материал и методы исследования. Для решения данной цели нами проведен анализ материала 7458 истории родов и новорожденных, родившихся в 2014-2015 годов в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 500 до 6500 граммов. Доля новорожденных с массой тела  $\geq 4000$  г составила 592 (7,94%), соответственно 382 мальчиков и 210 девочек при их соотношении 1,82:1,0. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобрали 84 новорожденных с большой массой тела, контролем служили данные 80 детей с нормальной массой тела (2800-3999 гр). Были изучены данные объективных исследований рожениц (УЗИ-фетометрия, доплерометрия сосудов МПК и ППК), биофизический профиль плода с учетом анте и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия). Материал обработан непараметрическим способом (ТМФ) с угловым преобразованием ( $\varphi$ ) для относительных величин (Лакин Г.Ф., 1990) на программе Microsoft office XP (Excel, 2003).

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами установлено, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по количеству перво – (29,8 $\pm$ 4,99% против 28,8 $\pm$ 5,1% контрольного,  $P>0,05$ ) и повторнородящих (70,2 $\pm$ 4,99% и 71,2 $\pm$ 5,1%,  $P>0,05$ ). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц (2,34 $\pm$ 0,009 и 2,58 $\pm$ 0,008,  $P>0,05$ ) также статистически не различались. По среднему возрасту (25,8 $\pm$ 0,04 и 25,1 $\pm$ 0,39 лет), обе группы рожениц также были сопоставимыми ( $P>0,05$ ).

Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели большой срок беременности (39,9 $\pm$ 0,15 против 39,4 $\pm$ 0,11 нед,  $P<0,01$ ), масса (73,9 $\pm$ 0,87 против 65,0

$\pm 1,14$  кг,  $P < 0,001$ ), длина тела ( $16,9 \pm 0,80$  против  $157,9 \pm 1,17$  см,  $P < 0,001$ ), индекс Кетле ( $27,2 \pm 0,31$  против  $26,0 \pm 0,04$  усл. ед,  $P < 0,001$ ).

Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое или раннее излитие околоплодных вод (27,4% против 15,0% контрольного,  $P < 0,025$ ), повреждения мягких тканей промежности ( $22,6 \pm$  против 5,0%,  $P < 0,001$ ), дистанция плечиков (13,4% против 3,75,  $P < 0,013$ ), отслойку нормально расположенной плаценты (25,0% против 10,0%,  $P < 0,001$ ), высокая частота признаков преэклампсии (66,7% против 45,0% ,  $P < 0,002$ ), фоновых и экстрагенитальных заболеваний (72,8% против 60,0%,  $P < 0,002$ ), анатомического и функционального узкого таза (10,7% против 2,5%,  $P < 0,015$ ), что явилось показанием к проведению эпизео- и перинеотомии (14,3% против 3,75%,  $P < 0,006$ ), акушерских щипцов и вакуум экстракции (7,14% против 2,5%,  $P > 0,05$ ), планового и экстренного кесарево сечения (22,6% против 8,75%,  $P < 0,006$ ).

Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода (34,5% против 22,5%,  $P < 0,043$ ) и асфиксии новорожденных (45,2% против 30,0%,  $P < 0,021$ ).

**Вывод:**

1. Состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительно отягощены.
2. Среди рожениц основной группы сконцентрированы факторы риска, способствующие и формирующие детей с большой массой тела.
3. Пре- и перинатальных факторов риска на асфиксии и внутричерепных травм.
4. Способствующих высокой травматизации матери и плода. способствующие и формирующие детей с большой массой тела.
5. Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела в проспективном плане.

## **НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**Бозоров А.С.1, Махманазаров О.М.2**

<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт им Абу Али Ибн Сино

<sup>2</sup>Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в

плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ( $48,9 \pm 12,9$  года vs  $46,7 \pm 7,7$  года;  $p = 0,541$ ), индексу массы тела — ИМТ ( $25,0 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> vs  $26,2 \pm 4,5$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,278$ ) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9;  $p = 0,789$ ). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ( $49,1 \pm 12,9$  года vs  $48,7 \pm 13,3$  года;  $p = 0,904$ ), ИМТ ( $25,2 \pm 4,2$  кг/м<sup>2</sup> vs  $24,7 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,636$ ), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13;  $p = 0,785$ ) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh:  $8,31 \pm 2,40$  vs  $7,83 \pm 2,14$ ;  $p = 0,465$ ). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП. ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ( $82,7 \pm 9,0$  мм рт. ст. vs  $92,0 \pm 14,0$  мм рт. ст.) и ОПСС ( $16,4 \pm 4,4$  мм рт. ст. × мин/л vs  $21,3 \pm 5,3$  мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ( $5,38 \pm 1,41$  л/мин vs  $4,52 \pm 1,03$  л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ( $1,2 \div 10,5 \div 16,5$  мг/л vs  $0,6 \div 2,8 \div 9,1$  мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ( $r = -0,367$ ;  $p = 0,009$ ) и СВ ( $r = 0,313$ ;  $p = 0,027$ ), но не со средним АД ( $r = -0,227$ ;  $p = 0,113$ ).

Выводы. 1. СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения.

2. Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

3. Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП

4. Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периперационной подготовке при ОКН у больных ЦП

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ ЖИВОТА**

**Бойназаров М.Э., Саттров А.Х., Нормаматов Б.П., Исломов Н.К.**  
**Самаркандский Государственный медицинский университет,**  
**Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и определить тактику лечения забрюшинных гематом при травмах органов живота.

Материалы и методы. В 2011-2024 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП оперировано 1164 пострадавших с закрытыми (694 пациентов) и открытыми (40 больных) травмами живота. Повреждения внутрибрюшинных органов сочетались с забрюшинными гематомами и травмами забрюшинных органов у 92 больных (у 50 при закрытых травмах, у 42 при открытых ранениях).

Результаты. При ультразвуковом исследовании, выполненном при поступлении 45 больным, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 37 при 3 ложноотрицательных и 5 ложноположительных результатах. Забрюшинная клетчатка и органы брюшной полости и забрюшинного пространства осмотрены у 34 из 45 пострадавших. Забрюшинная гематома (ЗГ) визуализирована только у 3 (13,3%), во всех наблюдаемых это были паранефральные ЗГ. Обнаружить паравазальные ЗГ не удалось ни разу. Чувствительность УЗИ в выявлении ЗГ оказалась невысокой (15,1%). Как показали наши наблюдения, клиника забрюшинной гематомы зависит от количества излившейся крови и характера повреждения костей и внутренних органов. При небольших гематомах (у 8 больных) на первое место выступают симптомы поражения внутренних органов, при больших – картина шока, внутреннего кровотечения, симптомы раздражения брюшины и парез кишечника (у 42). Истинная причина тяжелого состояния пострадавших иногда остается длительное время (до 48-72 ч) нераспознанной и нередко приводит к неоправданному оперативному вмешательству (у 11).

Из 454 наблюдаемых нами пострадавших с сочетанной травмой живота мы провели анализ течения и исходов ЗГ у 62 (13,8%) пациентов. У подавляющего большинства больных причиной забрюшинного кровоизлияния были переломы костей таза (у 40), значительно реже повреждения позвоночника (у 11), почек (у 9), крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства (у 3). При колото-резанных ранениях массивные ЗГ были верифицированы у 23 раненых. Мы наблюдали 11 пострадавших с разрывами забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки с одновременным повреждением поджелудочной железы (у 7), печени (у 3) и тонкой кишки и брыжейки (у 9). Эти травмы отличались наибольшей тяжестью, множественными разрывами кишечника, брыжейки, других органов, сопровождались костными повреждениями (таза, конечности, черепа, позвоночника).

В трудных 5 клинических случаях мы проводили диагностическую лапароскопию, что позволила избежать диагностических ошибок, распознать разрыв печени (у 3 больных) и селезёнки (у 2 пациентов) и своевременно выполнить операцию. Выводы. Из 592 оперированных больных по поводу травм органов брюшной полости умерли 50 (8,5%), а из 92 пострадавших с множественными повреждениями внутри- и забрюшинных органов, сопровождавшимся ретроперитонеальными гематомами, умерли 21 (22,7%).

## ЕДИНСТВО И ПРОТИВОПОЛОЖНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗАТОРОВ

Бурканов Акылбек Эркинович, преподаватель  
Ошский государственный университет Ош, Кыргызстан

Введение. Мембраностабилизаторы удлиняя, укорачивая, или практически не влияя реполяризации, оказывают антиаритмический эффект. И тут же создается парадокс. Каким образом удастся мембраностабилизаторам разных подклассов с абсолютно разными, противоположными действиями устранять аритмию? Рассмотрим, какого мнения ученые клинические фармакологи по этим мембраностабилизаторам.

Цель исследования - анализировать, изучить и выявить противоположное воздействие мембраностабилизаторов, и как можно рационально для организма использовать эти противоречивые действия мембраностабилизаторов.

Методом исследования является научные методы анализа, изучения и исследования мембраностабилизаторов.

Анализ. Для начала цитируем мнения ученых клинических фармакологов.

“Класс Ia. Препараты этого класса блокируют Натриевые каналы, что приводит к замедлению скорости деполяризации” (В.Г. Кулес 2012, с. 277).

“Препараты этой группы понижают проницаемость клеточной мембраны для ионов натрия по «медленным» каналам автоматических клеток эктопических очагов, а следовательно, замедляют в них скорость спонтанной деполяризации натриевого типа (фаза 4)” (И.Б. Михайлов 2013, с. 363).

“Препараты Ib класса практически не влияют на проводимость, так как не изменяют ПД (а лидокаин укорачивает его)” (В.Г. Кулес 2006, с. 318).

“Ic: выраженное замедление проводимости – угнетение  $V_{max}$ ; неизменный ПД; уширение QRS и неизменный интервал QT; минимальный эффект на ЭРП; менее выражен отрицательный инотропный эффект” (Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В. 2009, с. 154).

“ПАС Ia также могут угнетать ав-проводимость вследствие удлинения ПД, Ib не влияют на ав-проводимость, а лидокаин даже ее укорачивает, Ic оказывают разнонаправленное действие на ПД и РП” (М.Р. Конорев 2015, с. 72). Где ПАС - противоаритмические средства, ав-проводимость – атрио-вентрикулярная проводимость (предсердно-желудочковая проводимость), ПД – потенциал действия, РП – рефрактерный период.

“Таким образом, лидокаин подавляет электрическую активность деполяризованных, аритмогенных участков, но минимально влияет на электрическую активность нормальных тканей” (Бертрам Г., Катцунг 2007, с. 282).

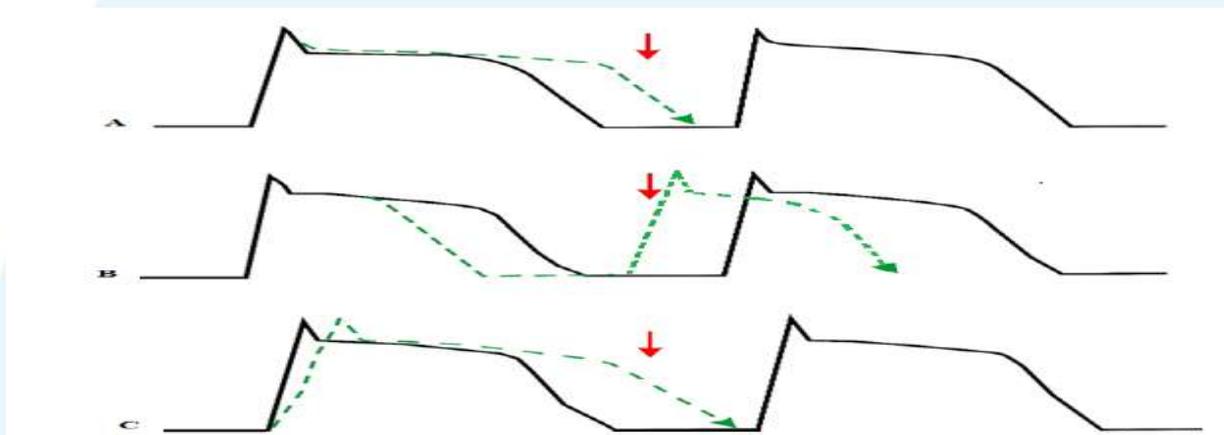
Рисунок 1. Схематическая кривая энергетической активности мышечной клетки сердца

Сплошная линия – работа мышечной клетки сердца в норме

Пунктирная линия - работа мышечной клетки сердца под воздействием мембраностабилизаторов

Стрелка сверху вниз – место воздействия эктопического очага

Рисунки А, В, С – изменение электрической активности сердца под воздействием мембраностабилизаторов Ia, Ib и Ic классов



В периоде ПП сердечная мышца расслабленная, свободная, и только в покое сердечная мышца может реагировать на внешние раздражения – в данный момент на импульс, изданный хоть откуда, из синусового узла, или из эктопического очага. Водителем ритма сердца является синусовый узел, и в норме под диктовкой синусового узла работает сердце. И внеочередное внеплановое сокращение сердца случится только в том случае, когда импульс от эктопического очага приходится на период ПП.

Поскольку водителем ритма сердца является синусовый узел, а импульс эктопического очага приходится на период покоя, лидокаин сдвигает этот участок покоя на рефрактерный период. В таком случае лидокаин устраняет эктопическое воздействие на сердце, а его влияние на деятельность синусового узла отражается в меньшей степени.

Обсуждение и Предложения. Стало понятно, впервые выявляется, что так или иначе, мембраностабилизаторы укорачивая, или удлиняя фазу реполяризации, или удлиняя проводимость во всех фазах потенциала действия, устраняют аритмию. В частности, препараты мембраностабилизаторов Ia класса удлиняют фазу реполяризации, удлиняют ПД. В этом случае потенциал действия продолжается и в периоде покоя. Известно, что воздействие эктопического импульса может вызвать внеочередное внеплановое сокращение сердца только в периоде покоя. В данном случае период покоя покрывается потенциалом действия, вследствие чего сердце уже не может реагировать на эктопическое воздействие.

Мембраностабилизаторы Ib класса укорачивая реполяризацию, укорачивают и ПД. Следовательно, смещается вперед и следующее сокращение сердца. В этом случае эктопическое влияние на сердце с периода покоя приходится уже на начало следующего сердечного сокращения, то есть, клетка сердца снова находится в возбужденном состоянии, она занята, и не может реагировать на эктопический импульс. Потому что сердце снова находится в рефрактерном периоде.

А мембраностабилизаторы Ic класса удлиняют не только реполяризацию, но и все фазы потенциала действия. Здесь удлиняется весь цикл сокращения сердца. Тут также как при воздействии мембраностабилизаторов Ia класса, ПД продолжается и в периоде покоя. Соответственно, также в этом случае сердце находится в рефрактерном периоде.

Мембраностабилизаторы, укорачивая, или удлиняя ПД, воздействуют так, чтобы воздействия импульса от эктопического очага приходилось в рефрактерный период, и сердце не будет реагировать на этот эктопический импульс. Теперь возникает вопрос, как мембраностабилизаторы можно использовать рационально.

Если имеется место тахикардии (аритмия с учащенным сердцебиением), то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ia и Ic классов с тем, чтобы не учащать без того учащенное сердцебиение. В противном случае организму, возможно,

нанесется нежелательные последствия, а если даже не будет вреда, то, по крайней мере вызывает дискомфорт.

Если же имеется место брадиаритмии (аритмия с уменьшением частоты сердечных сокращений ниже 60 ударов в минуту), то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ib класса с тем, чтобы без того медленный ритм сердца не сопровождалось дальнейшим уменьшением ЧСС (частоты сердечных сокращений). Организму будет намного комфортнее, если ЧСС сдвигается в сторону нормы. А если ЧСС будет ниже 40 ударов в минуту, то у человека возникает страх смерти. Человек боится спать со страхом, что может не проснуться. И это правильно, что человек боится. Потому что при снижении ЧСС ниже 40 ударов в минуту может нарушаться гемодинамика (движение крови по сосудам) и реологические свойства крови, что чревато непредсказуемыми последствиями.

А если имеется место просто аритмии, то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ic класса с тем, чтобы ЧСС оставался неизменным. В итоге впервые выявляется, что все подклассы мембраностабилизаторов, так или иначе действуют на сердце так, чтобы влияние эктопического импульса подпадала в рефрактерный период.

Во всех трех случаях, если риск от аритмий угрожает организму, то временно можно использовать не очень подходящие препараты мембраностабилизаторов (отсутствие препарата, непереносимость) до получения соответствующих препаратов. Прозрачность исследования. Исследование проводилось без спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление рукописи в печать. Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке исследования и в написании рукописи и была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Выводы:

1. Впервые выявляется то, что мембраностабилизаторы Ia, Ib и Ic классов, удлиняя, укорачивая, или практически не влияя на реполяризацию, влияют на сердце так, чтобы изданный импульс от эктопического очага приходился на рефрактерный период, а не в период потенциала покоя. Этим и устраняется аритмия;

2. Если имеется место тахиаритмии (аритмия с учащенным сердцебиением), то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ia и Ic классов с тем, чтобы не учащать без того учащенное сердцебиение;

3. Если имеется место брадиаритмии (аритмия с уменьшением частоты сердечных сокращений ниже 60 ударов в минуту), то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ib класса с тем, чтобы без того медленный ритм сердца не сопровождался дальнейшим уменьшением ЧСС (частоты сердечных сокращений);

4. А если имеется место просто аритмии, то целесообразнее назначать мембраностабилизаторы Ic класса с тем, чтобы ЧСС оставался неизменным.

## **БОЛЬШОЙ И ГИГАНТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ АНЕВРИЗМ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ТИПА ТЕЧЕНИЯ**

**Бурнашев М.И., Рузикулов М.М., Ким А.А.  
Республиканский специализированный научный практический  
центр нейрохирургии**

Цель исследования - явился анализ клинических особенностей, данных инструментальных методов диагностики и результатов лечения больных с большими и гигантскими аневризмами сосудов головного мозга.

Материал и методы. В работе проведен анализ комплексного обследования 84 больных с большими и гигантскими аневризмами головного мозга различной локализации, находившихся на обследовании и лечении в отделении нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкент за период с 2016 по 2021 гг. У 36 (42,85%) — аневризмы протекали по псевдотуморозному типу, а у 48 (57,14%) — внутричерепное кровоизлияние произошло ранее чем за месяц до госпитализации. Особенности анатомических взаимоотношений аневризм с их клиническими проявлениями целесообразно рассмотреть клиническую картину с учетом разной локализации аневризм.

Результаты и их обсуждение. Аневризмы кавернозной части внутренней сонной артерии выявлены у 8 (9,52%) пациентов. Возраст больных — от 12 до 68 лет. Чаще других очаговых симптомов у больных с такой локализацией аневризм было поражение глазодвигательных нервов, проходящих в стенке кавернозного синуса: все они имели признаки поражения глазодвигательного нерва, у 5 больных — отводящего.

Гигантские аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии были диагностированы у 44 больных (52,38%), а офтальмического отдела — 9 больных. Первым проявлением заболевания было субарахноидальное кровоизлияние, 12 пациентов перенесли повторные кровоизлияния. Большие и гигантские аневризмы средней мозговой артерии диагностированы у 19 (22,61%) больных. У 16 больных первичным проявлением заболевания было субарахноидальное кровоизлияние с развитием эпилептического синдрома. Большие и гигантские аневризмы передней мозговой артерии — передней соединительной артерии обнаружены у 14 (16,66 %) больных. Психопатологические расстройства (нарушения памяти, дезориентация во времен и месте) отмечено у 6 пациентов.

Выводы. Большие и гигантские аневризмы головного мозга могут быть заподозрены в догеморрагический период по ряду клинических признаков: локальной головной боли, преходящим или стойким поражением черепных нервов, эпилептическими припадками, признаками очагового поражения головного мозга и внутричерепной гипертензии. Учет клинико-неврологических проявлений, характерных для больших и гигантских внутричерепных аневризм, может способствовать своевременному применению нейровизуализирующих методов, улучшить их уточненную раннюю диагностику и оптимизировать условия проведения нейрохирургического лечения.

## ТЕХНИКА УДАЛЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ КИСТИ

**Валиев А.С., Топволдиев А.Ж., Махмудов Н.И.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В мирное время инородные тела попадают в кисть по различной причине. Частой причиной попадания инородных тел в мягкие ткани кисти является бытовая травма, несколько реже производственная травма. Часто в мягкие ткани кисти попадают острые инородные тела, как иголки. Установить местоположения и удаления инородного тела является нелегким делом. При осмотре часто определяется точечная колотая рана, нередко несоответствующая его положению. Часто пальпаторно иголки не прощупываются.

Решающее значение в диагностике инородных тел кисти имеет рентгенография кисти сделанная в двух проекциях .

Перед операцией удаления инородного тела кисти необходимо выяснить следующих две задачи : 1/ определить глубину залегания инородного тела : 2/ точно определит отношение металлической иголки к определенной кости, что является ориентиром при выборе доступа . Без этих данных локализация инородного тела окажется неполной и нередко приводит к ошибкам при операции- безуспешному исканию инородного тела в рана.

Предложено очень много способов определения местоположения и удаления инородных тел. Изучение этого вопроса приводит к выводу , что до сих пор нет и, пожалуй не может быть одного универсального метода , годного для всех случаев . Мы в своей практике применяем предложенные В.А Чернавским следующую методику удаления инородных тел кисти .Для более точного определения местонахождения инородного тела и глубина его залегания рентгенограммы делаем в взаимно перпендикулярных , определенных проекциях . При рентгенографии в фасовой проекции кисть укладываем в то положение , в каком она будет находится во время операции . Боковая проекция - строгий профиль должна давать представление о глубине залегания инородного тела. Это положение достигается следующим образом: плотно складываются обе кисти с прижатыми пальцами при максимального их разгибании и одна кисть / здоровая / отнимается. Первый палец лежит в одной плоскости с другими пальцами . На рентгенограмме должны быть видны контуры мягких тканей, по которым судим насколько глубоко расположена иголька от кожи .

Операцию производим под местной инфильтрационной анестезией 0,5 процентным раствором новокаина и что важно обязательно под жгутом. Применяем резиновую ленточный жгут , последний накладываем на предплечье .Необходимо отметить , что при наложенном жгуте , в обескровленных тканях инородное тела легко увидеть , так как металл в тканях темнеет. Недопустимо удаление инородного тела на ощупь .

Определение доступа к инородному телу зависит от анатомического строения участка кисти , где оно расположен .Мы применяем и продольные разрезы и разрезы по ходу кожных складок. Ладонной по верности кисти. При определении доступа используется данные рентгенограмм: на фасовой снимки уточняем отношение инородного тела к костям кисти, т. е направит или рядом с какой кости находится : на профильном снимки - на сколько мм или см. В глубине от кожи находится инородное тела .

По изложенной методики мы у 21 больного /15 женского пола и 6 мужского пола удалили металлические инородные тела – иголки различных размеров . Во всех случаях иголки были удалены без затруднений.

В заключение следует отметить , что при удалении инородных тел кисти рентгенограмм необходимо производить в строго определенных проекциях Операцию необходимо производить под жгутом , чтобы видеть металлические инородные тела в обескровленных тканях, а не удалять его на ощупь .Методику В.А Черновского можно использовать и при удалении инородных тел других сегментов конечностей .

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ**

**Э.Ю Валиев., М.Г. Мухамедова., Ж.Ю. Жаббаров., Муминов А.Ш., Оripов А.А.  
Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи.**

Актуальность. Травмы сегодняшнего дня все чаще становятся множественными, осложненными массивной кровопотерей, шоком. Тяжелое состояние таких пострадавших, трудности диагностики и лечения обуславливают актуальность проблемы, которая с каждым годом нарастает. В соответствии с современными подходами одним из обязательных элементов лечения пациентов с переломами бедренной кости с сочетанной травмой является хирургическая стабилизация отломков поврежденных длинных костей конечностей. Несмотря на пристальное внимание травматологов всего мира, смертность остается на достаточно высоком уровне, достигая в специализированных травматологических отделениях более 60% от общей летальности.

Цель и задачи работы. Целью настоящей работы является улучшения качества лечения больных с переломами бедренной костей тяжелой политравмой путем разработки показаний и методик остеосинтеза в остром и клиническом периодах травматической болезни.

Материалы и методы. Работа основана на изучении клиники и лечения 65-х больных в возрасте от 21 до 48 лет с различными типами повреждений бедренной костей при множественном (20 пострадавших) и сочетанном (45 пострадавших) видам политравмы. Среди множественной травмы скелета наиболее часто встречались переломы голени в сочетании с переломами бедра и таза (34 пострадавших). Наибольшее количество больных с сочетанными повреждениями занимают пострадавшие с черепно-мозговой травмой – 49 (90,6%) человек, у которых нередко имеет место сложность проведения интенсивной терапии из-за необходимости внутривенного введения большого количества препаратов и опасности развития отека поврежденного головного мозга. При правильно разработанной тактике инфузионной терапии удается спасти пострадавших, переливая до 5 и более литров жидкостей. При сопутствующей ЧМТ может развиваться так называемый синдром промежуточного мозга, сущность которого заключается в том, что на фоне гипоксии тканей развивается тахикардия, возбуждение, повышение температуры тела центрального генеза.

Доказано, что при стабилизации переломов данный синдром не развивается или развивается в ослабленном виде со снижением летальности более чем в 3 раза.

Результаты и обсуждение. Исходя из этого, при лечении переломов в сочетании с ЧМТ мы в остром периоде на фоне индивидуальной интенсивной терапии производили первичную малоинвазивную фиксацию аппаратами внеочагового остеосинтеза. Причем, предпочтение следует отдать стержневым аппаратам и затрачивают меньше времени при наложении. Стабильная фиксация позволила нам избежать развитие синдрома промежуточного мозга у всех больных. В ранние сроки лечебного периода, через 2-3 недели, после стабилизации общего состояния с целью активизации пострадавших с множественной и сочетанной травмой производили погружной остеосинтез. Причинами замены фиксации являлись относительно частое (до 10%) воспаление в местах проведения стержней, большой вес конструкций, дискомфорт для больных, необходимость постоянного ухода. При переломах различных типов бедренной кости был использован малоинвазивный закрытый внутрикостный остеосинтез штифтом с блокированием (40 больных). Накостный остеосинтез пластинами (17 больных) при переломе в метаэпифизарной зоне всех локализаций. Внеочаговый остеосинтез был оставлен на весь период лечения у 2-х больных с инфицированным переломом бедра и у 6-и больных с переломом костей таза. У последних пострадавших после выведения из шока была произведена репозиция отломков и продолжена внеочаговая фиксация.

Выводы. Таким образом, как показали наши наблюдения, у пострадавших с политравмой в остром периоде при лечении множественных переломов для предотвращения осложнений ЧМТ следует стремиться к ранней стабилизации отломков малоинвазивным методом внеочагового остеосинтеза. В лечебном периоде целесообразно в большинстве случаев перейти на современные методы стабильного погружного остеосинтеза. Такая 2-х этапная хирургическая тактика явилась действенной мерой профилактики осложнений, способствовала активизации больных и благоприятному течению травматической болезни.

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

**Э.Ю. Валиев. 1, М.Г. Мухамедова. 1, Ж.Ю. Жаббаров.2., Муминов А.Ш. 2  
А.А Орипов2**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.  
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской  
помощи**

В течение последних десятилетий отмечается неуклонный рост количества пострадавших с сочетанной травмой. Консервативные способы обездвиживания отломков (скелетное вытяжение, гипсовая повязка, транспортная шина) не обеспечивают стабильности костных отломков и не могут считаться адекватными у подавляющего числа пострадавших, хотя пока еще используются в практике стационаров. В соответствии с современными подходами одним из обязательных

элементов лечения пациентов с переломами бедренной кости с сочетанной травмой является хирургическая стабилизация отломков поврежденных длинных костей конечностей. Несмотря на то, что в настоящее время разработаны и апробированы малоинвазивные способы остеосинтеза при переломах, они не всегда находят широкое применение у пострадавших сочетанной травмой.

**Цель исследования.** Изучение результатов применения методов малоинвазивной фиксации отломков при переломах бедренной кости у пострадавших с сочетанной травме.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 145 больных с повреждениями бедренной кости при сочетанной травме. Общая состояния пострадавших: при стабильном состоянии пострадавших (ISS – 11-16 баллов), при декомпенсированном (ISS - 17-36 баллов). Преобладали лица мужского пола 65,4%. В результате дорожно-транспортного происшествия травму получили 61,4% пострадавших. Наиболее частым сочетанием было сочетанная черепно-мозговая травма, и перелом бедренной кости – 42,5%, множественные переломы конечностей – 16,3% и при политравме – 15,0%. В 76,8% случаях в момент госпитализации состояние больных (ISS:11,7–22,8). В зависимости от хирургической тактики все пострадавших были распределены на 2 группы. У 85 пострадавших (I группа) проводилась «традиционная» хирургическая тактика. Во II группе пострадавших (65 больных.), в 44,8% случаях было применена хирургическая тактика типа Damage control с применением малоинвазивных методов с применением стержневого аппарата. Сроки наблюдения пациентов составили от 5 месяцев до 2 лет.

**Результаты и обсуждение.** При оценке сроков выполнения операций окончательного остеосинтеза отломков костей отмечено, что в группе пострадавших с применением малоинвазивных способов его выполняли в среднем на  $7,2 \pm 2,4$  суток раньше. Гнойные осложнения были диагностированы в 18 случаях (6,0%) в основной группе, в то время как в группе контроля нагноения были выявлены у 34 (10,3%) пациентов.

**Выводы.** Применение малоинвазивной фиксации костных отломков у пострадавших с сочетанной травмой позволяет значительно сократить сроки перехода от первичной временной фиксации отломков внешними стержневыми аппаратами к окончательной внутренней фиксации переломов. Данное обстоятельство способствует проведению раннего реабилитационного лечения и профилактике различных тяжелых осложнений. При анализе результатов лечения пациентов с переломами бедренной кости с сочетанной травмой, у которых были применены малоинвазивные способы фиксации отломков костей, отмечено существенное снижение частоты гнойно-инфекционных местных осложнений по сравнению с данным показателем у пострадавших, лечение которых проводили при помощи традиционных способов фиксации переломов.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛЫХ И КОМОРБИДНЫХ ФОРМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**Валиева Н.М., Муминов А.О.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)-инфекция является хроническим прогрессирующим антропонозным заболеванием с гемоконтактным механизмом заражения, приводит к специфическому поражению иммунной системы и развитию тяжелого иммунодефицита. Особенностью нынешнего этапа развития эпидемического

процесса является увеличение количества пациентов с прогрессирующими формами ВИЧ-инфекции, с тяжелым течением оппортунистических и сопутствующих заболеваний, которые не укладываются в существующие представления о течении болезни, что требует изменения подхода в отношении этой категории больных.

Цель исследования: изучить характер и структуру развития тяжелых и коморбидных форм ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. За период 2022-2023 гг. было исследовано 73 больных с ВИЧ инфекцией 4 стадии. Исследование проведено в 7-отделении инфекционной больницы Андижанской области. В связи с тяжестью состояния больных, длительностью пребывания на стационарном лечении были проведены неоднократные лабораторные, инструментальные обследования больных в период наблюдения, оценивались клинические, вирусологические и иммунологические результаты АРТ и исход тяжелых стадий ВИЧ-инфекции. Больным проводилось обследование в соответствии со стандартом медицинской помощи, утвержденным приказом Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан № 202 от 19.08.2021 г. Все данные были занесены в электронные таблицы Microsoft Excel для последующей статистической обработки.

Результаты исследования. В ходе исследования были изучены структура, клинические особенности вторичных и оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции, обуславливающих тяжесть состояния пациентов с ВИЧ-инфекцией. Был проведен детальный анализ историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией 4 стадии в зависимости от диагностируемых у них различной тяжести проявлений вторичных и оппортунистических заболеваний ВИЧ-инфекции. В исследуемой группе наиболее часто диагностируемой вторичной инфекцией являлся - кандидоз, вызываемый грибами рода - *Candida albicans*. Почти у всех пациентов (93%) со сниженным иммунным статусом наблюдался орофарингеальный кандидоз. Вагинальный кандидоз диагностирован у 8,1% женщин. С прогрессированием иммунодефицита возрастал риск развития кандидоза. У 2,6% случаев было выявлена контагиозный моллюск различной локализации. При этом больные были с низким иммунным статусом. Средний показатель количества CD4+лимфоцитов составил  $106 \pm 0,32$  кл/мкл, средний уровень вирусной нагрузки (ВН ВИЧ) составил  $558\ 230 \pm 150,5$  коп/мл. Все пациенты на лечение поступали на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и в анамнезе либо не принимали антиретровирусную терапию или прервали ее самостоятельно. Высыпания локализовались на гениталиях, туловище и конечностях, а в 0,7% принимали генерализованный характер. Анализ структуры оппортунистических заболеваний показал, что у ВИЧ-инфицированных в 4 стадии был диагностирован кандидоз - у 58,5% больных. ВИЧ-энцефалопатия, смешанная, изнуряющий синдром развились у 12,9% и 11,8% соответственно. Туберкулез был диагностирован у 5,9% больных. Другие бактериальные инфекции у 4,1%. Кроме этого были диагностированы – другие вирусные инфекции 1,9%, генерализованная ЦМВ-инфекция 5,6%, опоясывающий герпес 6%, пневмоцистная пневмония 14,5% и атипичный микобактериоз 13% соответственно.

Вывод. Коморбидность при ВИЧ-инфекции на настоящем этапе эпидемии, включает следующие наиболее часто сопряженные заболевание и состояния: хронические вирусные гепатиты, туберкулез, оппортунистические заболевания. Значительная часть больных, имеющих коморбидные состояния нуждаются в госпитальном лечении. Основной причиной госпитализации является сочетание 2-х или нескольких заболеваний в тяжелой форме.

**ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ОНТОГЕНЕЗ» В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» И «ПЕДИАТРИЯ»**

**Васильева О.В., Машак А.Н., Голубева И.А., Литвинова Т.А., Овсянко Е.В., Аристова Е.С., Решетняк Ю.Г., Шурина Н.А., Мершалова А.А., Воробьева А.Н., Казакова В.В., Елясин П.А.**

**Новосибирский государственный медицинский университет**

Дисциплина «Пре- и постанальный онтогенез» разработана на основе лекционного курса по «Анатомия человека», но в связи с ограничением часовой нагрузки по данному направлению, была выделена в отдельный факультатив. Дисциплина преподается во втором семестре, что связано с тем, что в этом семестре дисциплины «Анатомия» изучаются разделы «Спланхология» и «Ангиология», а разделы «Остеосиндесмология», «Краниология» и «Миология» уже изученные в первом семестре. Таким образом, к моменту изучения онтогенеза знания по анатомии органов и систем уже заложены, и студенты могут, исходя из понимания строения, разбирать сложные вопросы развития и аномалия развития органов.

Первые занятия факультатива посвящены понятию онтогенеза и введению в эмбриологию. Затем студенты изучают развитие звеньев опорно-двигательного аппарата. Развитие органов пищеварительной системы изучается в течение трех занятий, поскольку сопряжено с большим объемом и сложностью материала, затем изучаются развитие дыхательной, мочевыделительной, половой системы, сердца, артерий, вен.

Поскольку в данной дисциплине предусмотрены только занятия семинарского типа, для каждой темы сотрудниками кафедры разработаны подробные презентации, которые разбираются со студентами во время введения в следующую тему. Презентации занятий расположены на официальной странице сайта кафедры на портале университета для зарегистрированных пользователей.

Материал каждой презентации состоит из двух основных частей – развитие органов и аномалий развития. После освоения темы студент должен знать онтогенез органов и систем организма человека в норме и анатомические предпосылки возникновения аномалий развития, уметь объяснять с анатомической точки зрения причины и механизмы возникновения вариантов и пороков развития органов, применяя правильную медико-анатомическую терминологию.

Контроль по дисциплине заключается в проведении тестирования в системе дистанционного обучения университета, рисование схем, отражающих развитие тех или иных систем и органов, а также решение ситуационных задач, нацеленных на развитие причинно-следственного анатомио-клинического мышления при объяснении механизма формирования аномалий развития.

В качестве наглядного материала кроме иллюстраций в презентациях занятий активно используется фонд музейных препаратов кафедры. В музее кафедры отдельным блоком представлены экспонаты по сравнительной анатомии для изучения процесса филогенеза с выходом на онтогенез человека. Развитие человека студенты могут изучать на музейных экспонатах плодов человека и аномалий развития.

При подготовке анатомических препаратов используются различные анатомические методики, что позволяет наилучшим образом визуализировать структуры, демонстрирующие детали строения органов.

Вопросы онтогенеза и аномалий развития, входящие в состав тематического плана дисциплины «Пре- и постнатальный онтогенез» также включены в конкурсные программы студенческих олимпиад, регулярно проводимых кафедрой анатомии человека НГМУ.

Заключение. Таким образом, дисциплина «Пре- и постнатальный онтогенез», реализуемая кафедрой анатомии человека им. акад. Ю.И. Бородина ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России в рамках образовательных программ по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» позволяет существенно расширить возможности студентов освоить вопросы развития органов и систем, способствует развитию клинического мышления и интереса к научной деятельности.

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОЗАМИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ**

**Гаджимирзаева Р.Г., Иминова Н.К.**

**Дагестанский государственный медицинский университет**

Актуальность работы.

Аллергический ринит и бронхиальная астма – хронические заболевания, относящиеся к категории полностью неизлечимых на сегодняшнем этапе развития медицины. Однако клинически доказано, что их симптомы можно успешно контролировать, вплоть до полного исчезновения, существенно повышая качество жизни пациента.

Неблагоприятные тенденции в отношении аллергозов респираторной системы (рост заболеваемости, переход болезни в более тяжелую форму, расширение органов и систем, вовлеченных в аллергопатологию и др.) в условиях непрерывного роста высокоэффективных методов лечения аллергических болезней, многие исследователи связывают с рядом причин.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что наряду с общими причинами, такими как ухудшение экологии, несвоевременным оказанием квалифицированной врачебной помощи и другие, факт учащения аллергического ринита и бронхиальной астмы за последние десятилетия следует объяснять и плохим контактом медицинского персонала с больным и родителями больного ребенка, низким уровнем знаний больного о своей болезни [1,2]. В целях повышения степени восприимчивости больного к лечению и рекомендациям врача при аллергозах во многих странах созданы и функционируют астма-клубы, астма-школы.

Цель исследования.

Основная цель астма-школы – оказание помощи больным аллергическим ринитом и бронхиальной астмой на основе новых принципов организации лечения и наблюдения. В лечебный комплекс введен важнейший фактор – обучение больных, который позволяет более активно участвовать в собственном лечении и контролировать течение заболевания (у детей через родителей).

Материал и методы исследования.

Астма-школы как правило, организуются на базе аллергологического или пульмонологического кабинета поликлиники или отделений в стационаре.

Акцент в обучении делается на развитие постоянного партнерства (союза) между врачом, больным и членами его семьи, без которого организовать систему управления болезнью невозможно [3].

Задачами астма-школы являются:

- создание образовательной программы для поддержания качества жизни больного;
- достижение и установление контроля над симптомами болезни;
- профилактика обострений и осложнений;
- профилактика побочных эффектов от лекарственных средств, используемых для лечения;
- снижение частоты обострений и инвалидности;
- повышение уровня знаний о бронхиальной астме, аллергическом рините и аллергическом риносинусите медработников и населения.

Курс обучения включает в себя занятия в специально оборудованном помещении с наглядной и информационно-справочной литературой.

Ориентировочные темы занятий образовательной программы следующие:

1. Понятие о бронхиальной астме и аллергическом рините, физиологии дыхательных путей.
2. Причины возникновения аллергического ринита и бронхиальной астмы.
3. Современные методы лечения респираторных аллергозов. Лечение сочетанной болезни (аллергический ринит и бронхиальная астма).
4. Правила пользования ингаляционными препаратами, каплями для носа.
5. Роль кортикостероидов в лечении аллергического ринита и бронхиальной астмы.
6. Специфические методы лечения респираторных аллергозов. Бактериальные вакцины.
7. Лекарственная терапия аллергического ринита и бронхиальной астмы.
8. Обострение аллергического ринита и бронхиальной астмы. Купирование носовой и бронхиальной астмы.
9. Немедикаментозные методы лечения аллергического ринита и бронхиальной астмы.
10. Методы самоконтроля, принципы ступенчатого лечения [4].
11. Обучение закаливанию и методам физической реабилитации.
12. Меры профилактики аллергического ринита и бронхиальной астмы [5].

Под наблюдением находилось 50 пациентов в возрасте от 12 до 45 лет. Для обучения больных аллергическим ринитом и/или бронхиальной астмой и родителей детей создается группа из 10 человек. В процессе обучения больных и родителей предлагаются памятка (инструкция) по режиму, памятка получающему специфическое лечение аллергенами, памятка для пациентов с сенсibilизацией к бытовым аллергенам, памятка для родителей по созданию гипоаллергенного быта. Контрольная группа больных так же составляла 50 человек, не прошедших через обучение в астма-школе.

Вывод.

В течении трех лет велось наблюдение за основной и контрольной группой больных, фиксировалось каждое обращение в связи с обострением или ухудшением течения болезни. Более благоприятная картина наблюдалась в основной группе, особенно среди детей. Обращаемость к медикам отмечалась на 20% ниже, чем в контрольной группе.

Профессионально организованные астма-школы способствуют сокращению обострений аллергического ринита и бронхиальной астмы, уменьшению посещений врачей, повышению физической и социальной активности больных, и, как итог, повышению качества жизни пациента.

## МУЛЬТИОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

**К.М. Гаджимурадова, М.Н. Гаджимурадов, М.Г. Магомедов, Г.Д. Мамашева**  
Дагестанский государственный медицинский университет

Цель исследования – исследовать органы и системы пациентов, страдающих буллёзным эпидермолизом, подготовить рекомендации их диспансерного лечения. Материалы и методы исследования. Обследование и лечение в федеральном медицинском центре ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России проводилось 18 больным, страдающим ВБЭ.

В методах исследования использованы: ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, микробиологическое исследование (кровь, моча, флора), биохимический анализ крови (БХ крови), рентгенография, электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ), магнитно-резонансная томография (МРТ), осмотр смежными специалистами.

Результаты. У всех больных исследованы общий анализ крови и мочи, биохимический и иммунологический анализы крови. У  $77,78 \pm 9,8\%$  выявлены отклонения в общем анализе крови, у  $44,44 \pm 11,71\%$  моче и биохимическом анализе крови, а у  $27,78 \pm 10,56\%$  в иммунологических показателях (табл. 1). В последующем они проконсультированы педиатром - 15 ( $83,33 \pm 8,78\%$ ) пациентов и один иммунологом. Положительная динамика на фоне терапии зафиксирована педиатром при повторном обследовании у всех 15 пациентов. Рекомендации иммунолога были предназначены для врачей первичного звена по месту жительства, где и будут наблюдаться результаты терапии при диспансерном ведении больного.

Доступным и информативным методом исследования являлось ультразвуковое исследование (УЗИ), которому подверглись внутренние органы у 100% исследуемого контингента, а у  $83,33 \pm 8,78\%$  также почки и мочевого пузыря. Патология последнего не выявлена ни у кого. В тоже время из 15 пациентов у 5 ( $33,33 \pm 12,76\%$ ) установлены патологические отклонения в почках. У всех 16 пациентов, подвергшихся обследованию желудка и двенадцатиперстной кишки, отмечены отклонения от нормальных показателей. Патологические изменения установлены также в печени, поджелудочной железе, желчном пузыре и селезёнке -  $61,11 \pm 11,49\%$ ,  $72,22 \pm 10,56\%$ ,  $44,44 \pm 11,71\%$  и  $38,89 \pm 11,49\%$  соответственно. Сужение пищевода выявлено у 12 ( $75,0 \pm 10,83\%$ ) из 16 обследованных больных ВБЭ методом общей рентгенографии. Рентгенография кистей у 8 ( $72,72 \pm 13,43\%$ ) из 11 пациентов установила отставание костного возраста от календарного, а денситометрия у 3 ( $37,5 \pm 17,22\%$ ) из 8 обследованных выявила низкую минеральную плотность костей. Магнитно-резонансная томография определила отклонения у 3 ( $75,0 \pm 21,65\%$ ) из 4 больных ВБЭ, подвергнутых этой процедуре.

Атравматичные методы исследования (УЗИ, ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенография) и консультации узко-профильных специалистов дают возможность установить коморбидность у больных ВБЭ. Мультидисциплинарный подход к обследованию их органов и систем позволил провести терапию сопутствующей патологии, дисфункция которой в свою очередь способствовала манифестации и прогрессированию кожного процесса у больных ВБЭ. На фоне комплексной системной и параллельно наружной терапии кожи улучшено функционирование печени, селезёнки, поджелудочной железы, ЖКТ, поднялся уровень гемоглобина, восстановлено состояние полости рта и

целостность кожного покрова, существенно снизился ВЕBS и улучшилось качество жизни пациента.

Результаты всестороннего обследования пациента в условиях стационара позволили комиссионно выработать рекомендации по его динамическому наблюдению и лечению для широкого круга профильных специалистов, к их обоснованному и целенаправленному вовлечению в этот процесс, что способствует проведению паллиативной помощи по месту проживания на качественно ином уровне предоставления медико-социальных услуг. При этом в организации первичной медико-санитарной помощи необходимо задействовать также диетолога, физиотерапевта и психолога, которые, как правило, не входят в штат амбулаторно-поликлинического звена практического здравоохранения.

Установлены сопряжённые с популяцией ВБЭ Республики Дагестан заболевания внутренних органов и систем, что даёт возможность своевременно осуществлять их первичную и вторичную профилактику уже в раннем детском возрасте на этапе верификации ВБЭ.

Выводы. У пациентов с ВБЭ установлена высокая частота сочетанной бессимптомной полиорганной патологии у пациентов с ВБЭ, установленной лабораторными и неинвазивными методами исследования.

Врачам первичного звена при диспансерном наблюдении больных ВБЭ необходимо организовать мониторинг состояния их макроорганизма, а именно свойственных данной региональной популяции генодерматоза патологии - костно-мышечной системы, брюшной полости (печень, селезёнка, поджелудочная железа), зубов и ротовой полости, органа зрения, а также анемии и гиповитаминоза.

## **БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ И ЭКОЛОГИЯ РЕГИОНА – ЭКСПЕРИМЕНТ И КЛИНИКА**

**Гаджимурадова М.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г.  
Дагестанский государственный медицинский университет**

Цель. Изучить воздействие на кожные покровы белых мышей антропогенных физико-химических факторов, а также экологии окружающей среды на популяцию больных дистрофической формой врождённого буллёзного эпидермолиза.

Материалы и методы исследования. Нами изучено воздействие агрохимических соединений и электромагнитного излучения мобильного телефона (ЭМИ) на кожу белых мышей в эксперименте, а также экологии населённого пункта на динамику развития ДВБЭ. В качестве затравки служили химические средства защиты растений («Демитан», «Титул-390») и минеральное удобрение - аммиачная селитра, так как по данным филиала ФГБУ «Россельхозцентр» по Республике Дагестан и Министерства сельского хозяйства Республики Дагестан превалировало именно их поступление и использование на территории изучаемого субъекта. На отдельную группу животных воздействовали электромагнитным излучением мобильного телефона. Хронический эксперимент продолжался 6 месяцев, а ежедневную дозу затравки химического соединения 1/50 часть LD50 животные получили с водой [1].

Результаты исследования. Видимые патологические изменения зафиксированы с 4 месяца наблюдения экспериментальных животных: мутиляция ушной раковины и пальцев, деформация когтей, контрактура лапок, деформация с отёком конечностей и хвоста, перифокальный и периорбитальный дерматит, экзема, алопеция. Патология манифестировала на четвёртом месяце наблюдения: мутиляция и псевдосиндактилия

пальцев и ушной раковины, деформация ногтей, сухая экзема (1 мышь в группе комплексной затравки (КМЗТ) умерла на пятом месяце наблюдения), алопеция диффузная, зуд хронический, опухоль и деформация хвоста. В контрольной и в группе воздействия электромагнитным излучением патология не выявлена, а наиболее заметное патогенное воздействие на состояние кожи и её придатков оказал пестицид «Диметан» - 62,5%, мышей страдали дерматозами и другой патологией. Причём у 4 (50%) животных зафиксированы мутиляции пальцев, псевдосиндактилия, деформация суставов с дистрофией когтей, и такой же процент мышей этой группы страдал диффузной алопецией и пероральным дерматитом. У 25% отмечена потребность в перманентном почёсывании мордочки из-за хронического зуда, возможно, это и способствовало мутиляции ушной раковины у 62,5%. У 50% экспериментальных животных наблюдается множественная кожная патология. Лишь 37,5% животных этой группы имели полностью здоровые кожные покровы. В результате эксперимента установлено, что воздействию на грызунов затравок «Титул» и «Аммиачная селитра» также приводит к тяжёлым деформациям конечностей у 11,11%. На фоне воздействия «Комплексной» затравкой манифестировала сухая экзема кожи. У мышей контрольной группы и группы ЭМИ вышеуказанная патология не зафиксирована. Таким образом, хроническое эндогенное воздействие антропогенных факторов в аграрном регионе вызывает развитие тяжёлой инвалидизирующей патологии, ведущей как к летальному исходу, так и существенно снижающей качество жизни мышей (деформации суставов, мутиляции пальцев, хронический зуд, экзема, периоральный дерматит).

С диагнозом ДВБЭ на территории Республики Дагестан проживает 35 человек. Нами изучено воздействие экологии в районах из проживания на течение патологического процесса кожных покровов у всех 35 больных с ДВБЭ. Учитывалась сельскохозяйственная деятельность, которая активно ведётся в равнинной и предгорной части Республики Дагестан с использованием химических средств защиты растений и минеральных удобрений. В горной зоне агропромышленный комплекс не развит. В крупных городах республики отмечается высокая загазованность, присутствуют промышленные предприятия. Однако в каждом случае проводился индивидуальный подход к изучению экологической ситуации в населённом пункте проживания пациента. Так, например, установлено, что рядом с экологически неблагоприятным городом (г. Кизилюрт), находится пригородный посёлок Ханар в парковой лесной зоне, а в горном селе Хаджал-Махи повсеместно устанавливали теплицы и активно использовали агрохимикаты, что негативно сказалось на экологической обстановке. На сроки и формы манифестации эфлоресценций влияет, как нами установлено, экология среды проживания матери больного в период вынашивания беременной.

Так у 26 (74,29%, n=35) больных ДВБЭ вынашивание беременности происходило в зоне экологической напряженности (1 группа), а у 9 (25,71%, n=35) в благополучной экологической среде (2-ая группа). При этом 2 (22,22%, n=9) пациента из последней группы при рождении имели лишь участок гиперемии на коже, а в первой группе такой легкой формы проявления заболевания не зафиксировано. Хотя в обеих группах есть больные, рожденные без проявлений признаков ДВБЭ, но во 2-ой группе их 3 (33,33%, n=9), а в 1-ой-2 (7,69%, n=26). Причем в 1-ой группе это обе пациентки (мать и дочь) с доминантным ДВБЭ Кокрейна-Турена. Для этого субтипа не характерны тяжелые проявления на коже. Манифестация ВБЭ у них отмечалась на 8 и 12 месяце соответственно. В то же время более половины пациентов из зоны экологической напряженности с рождения уже страдали от эрозивно-язвенных и пузырных высыпаний - 15 (57,69%) человек, а 9 (34,61%) рождены с аплазией кожи.

Таким образом 24 (92,31%) больных ДВБЭ из 26, вынашивание которых во внутриутробном периоде происходило в регионе с неблагоприятной экологической средой, с первого дня жизни страдали теми или иными проявлениями ДВБЭ на кожных покровах. Двум из них с обширными эрозивно-язвенными поражениями потребовалась реанимационная медицинская помощь. В то время, как лишь 3(33,33%, n=9) из 9 пациентов, вынашивание которых происходило в условиях благополучной экологической среды, рождены с эрозивно-язвенными элементами на кожных покровах и 1 (11,11%) с аплазией кожи.

Выводы. По результатам научной работы мы констатируем, что экология среды проживания определяет эффективность проводимой терапии у больных ДВБЭ, а также сроки манифестации проявлений и тяжести течения генодерматоза у новорожденных. В природо-сберегающем районе экологическая обстановка способствует эпителизации хронических эрозивно-язвенных высыпаний и исчезновению зуда.

В эксперименте установлено, что затравка агрохимикатами вызывает у белых мышей экзему кожи, периорбитальный дерматит, мутиляцию и контрактуру пальцев, деформацию ногтей и хронический зуд. И нами затем наблюдалось, фактически, экстраполяция результатов этого эксперимента у пациентов, страдающих ДВБЭ. Воздействие на их организм токсическими агентами осуществляла окружающая среда проживания. В результате наблюдения за этими пациентами мы сделали вывод, что для достижения положительного эффекта комплексной терапии они помимо высококвалифицированной медицинской помощи нуждаются в экологически безопасной окружающей среде проживания. Либо им необходимо организовать выезды и длительное проживание в условиях, не представляющих экологическую опасность для человека, что будет способствовать снижению тяжести заболевания и повышению качества их жизни.

Проведенный в эксперименте сравнительный анализ воздействия экзотоксинов на организм белых мышей и больных ДВБЭ позволил сделать вывод о возможности экстраполяции на последних данных, полученных в эксперименте. К таким показателям относятся зуд кожи, мутиляция и псевдосиндактилия пальцев, деформация ногтей.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**Гайбуллаев Шерзод Обид угли**  
**Самаркандский государственный медицинский университет**

Аннотация: Исследование патоморфологических особенностей опухолей головного мозга, выявленных при магнитно-резонансной томографии, позволяет систематизировать и классифицировать их по типам, размерам, структурным особенностям, а также оценивать степень их инвазивности и взаимодействия с окружающими тканями. Это позволяет лучше понимать морфологические характеристики опухолей, что имеет важное значение для определения тактики лечения, прогнозирования течения заболевания и выбора наиболее эффективных методов терапии.

Материалы и методы исследования: Исследование патоморфологических особенностей опухолей головного мозга, выявленных при магнитно-резонансной томографии, проводилось на основе ретроспективного анализа данных клинических

случаев, поступивших в отделение нейрорадиологии за период последних пяти лет. В исследование включены случаи опухолей, подтвержденных как патоморфологически, так и биопсией. Магнитно-резонансная томография проводилась с использованием высокопроизводительного оборудования с последующей реализацией различных протоколов секвенирования и последующим анализом снимков с использованием программного обеспечения для медицинской диагностики. Это позволило детально оценить морфологические и топографические характеристики опухолей, а также их отношения с окружающими структурами. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу для выявления корреляций между морфологическими особенностями опухолей и клиническими характеристиками пациентов. Исследование патоморфологических особенностей опухолей головного мозга, выявленных при магнитно-резонансной томографии, проводилось на основе анализа клинических случаев, поступивших в отделение нейрорадиологии за период последних пяти лет. В исследование включены случаи опухолей, подтвержденных как патоморфологически, так и биопсией. Пациенты представляли различные возрастные и половые группы, с разнообразными клиническими проявлениями и степенью опухолевой активности. Данные клинической и анамнестической информации были сверены с результатами магнитно-резонансной томографии и патоморфологическими данными для более точной характеристики опухолей и их связи с клиническими проявлениями.

**Заключение:** Результаты исследования позволяют утверждать, что анализ патоморфологических особенностей опухолей головного мозга, выявленных при магнитно-резонансной томографии, имеет высокое практическое значение для нейрорадиологов и нейрохирургов. Понимание морфологических и топографических характеристик опухолей с учетом их клинических проявлений способствует разработке индивидуализированных планов лечения и повышает эффективность медицинской помощи пациентам с опухолями головного мозга. Дальнейшие исследования в этой области позволят углубить наше понимание механизмов развития опухолей и разработать новые подходы к их диагностике и лечению, что приведет к улучшению прогноза и качества жизни пациентов.

## **ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Ганиев А. А., Дадабаев О. Т., Хамдамов Б. З., Василевский Э. А.  
Бухарский государственный медицинский институт**

**Цель исследования:** изучение особенностей иммуногенетических показателей больных острым панкреатитом.

**Материал и методы.** Проведено перспективное контролируемое исследование 120 больных острым панкреатитом (ОП) в возрасте от 25 до 65 лет. Из них у 61,7% (n=74) наблюдалось abortивное течение, а у 38,3% (n=46) – прогрессирующее течение, которые согласно этиологическому фактору были определены в подгруппы: I-я группа 41 больной ОП с abortивным течением неалкогольного происхождения; II-я группа 33 больных ОП с abortивным течением алкогольного происхождения; III-я группа 25 больных ОП с прогрессирующим течением неалкогольного происхождения; IV-я группа 21 больной ОП с прогрессирующим течением алкогольного происхождения. Для оценки степени тяжести пациентов, генерализации воспалительного процесса и органной дисфункции протокол обследования больных включал общепризнанную диагностическую шкалу Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), определение С-

реактивного белка в плазме крови. Наличие септических осложнений выявляли на основе критериев, предложенных Чикагской согласительной конференцией. Для дифференцировки мы придерживались следующих конкретных клинических понятий таких как синдром системной воспалительной ответной реакции. Концентрацию С3, С5 компонентов комплемента и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Цитокин» (СПб, Россия), в соответствии с рекомендациями производителя. Концентрацию провоспалительных интерлейкина-1-бета, интерлейкина-2, интерлейкина-6 (IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6), противовоспалительного трансформирующего фактора роста-бета (TGF $\beta$ ), в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем для определения ИЛ и ТФР «Вектор-бест» (Новосибирск, Россия) в соответствии с рекомендациями производителя.

Молекулярно - генетические исследования проводились 120 исследованным лицам, 80 - практически здоровые женщины и мужчины, составившие контрольную группу. Все обследованные имели принадлежность к узбекской популяции. Исследование производили с помощью диагностических наборов для выявления полиморфизмов в геноме человека методом ПЦР «SNP-экспресс» производства НПФ «Литех». Для исследования полиморфизмов генов противовоспалительных цитокинов применялись наборы «Мутация интерлейкина-6» (ген-ИЛ-6 – полиморфизм-C174G – rs1800795). Для типирования полиморфных вариантов изучаемых генов-кандидатов были использованы геномная ДНК, полученная из 5 мл венозной крови. В качестве ресурса для популяционных сравнений была использована база данных NCBI.

Для сравнения частот аллелей и генотипов между анализируемыми группами использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йетса или точный тест Фишера. Значение  $\chi^2$ , превышающее 3,0 (что соответствует  $p < 0,05$ ), рассматривается как показатель достоверной разницы между частотными характеристиками в сравниваемых группах. Отношение шансов (OR/OШ) определяли, как отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет. Для построения 95%-доверительных интервалов (ДИ) применялась модель бинарной логистической регрессии. Достоверность моделей оценивалась с помощью метода максимального правдоподобия. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ . Отношение шансов (OR) рассчитывали по соответствующей формуле. Результаты исследования. Первым этапом иммунологических исследований было изучение ключевых компонентов системы комплемента у пациентов с ОП.

Полученные результаты настоящего исследования выявили значительные и разнонаправленные изменения в гуморальном звене врожденного иммунного ответа у обследованных пациентов с ОП. Полученные данные свидетельствуют о том, что изменения врожденного иммунного ответа при ОП могут быть сложными и многофакторными. Они зависят от множества факторов, включая тяжесть заболевания, индивидуальные особенности пациента и наличие осложнений. Воспалительный процесс и установленные иммунологические изменения могут оказать влияние на клиническую картину пациента, а понимание этих изменений имеет значение для правильной диагностики и управления ОП.

Следующим этапом иммунологических исследований, стало определение цитокинового профиля больных с ОП различной этиологией и течением.

Согласно проведенным иммунологическим исследованиям, все полученные показатели обследованных больных с ОП во всех группах достоверно значимо отличались сывороточном уровнем TGF- $\beta$ , который во много раз превышал

контрольные значения. Так экспрессия TGF- $\beta$  в 1-ой группе больных с ОП было повышено в 3,2 раза, со средним значением  $178,68 \pm 5,10$  пг/мл ( $P < 0,001$ ), а во 2-ой группе в 3,7 раза со средним показателем  $206,40 \pm 4,39$  пг/мл ( $P < 0,001$ ), в 3-ей группе пациентов ОП в 4,2 раз, со средним показателем  $233,01 \pm 9,89$  пг/мл ( $P < 0,001$ ), также как и в 4-ой группе больных с ОП в 4,3 раза, со средним значением  $242,37 \pm 8,89$  пг/мл ( $P < 0,001$ ), против показателей контрольной группы, который в среднем составил  $55,93 \pm 2,78$  пг/мл.

Полученные результаты свидетельствуют о вероятной сложной и многогранной взаимосвязи между повышенным сывороточным уровнем TGF- $\beta$  и ОП неалкогольного происхождения с абортивным и с прогрессирующим течением. Такие взаимосвязи требуют дополнительных исследований и анализа, и они могут зависеть от множества факторов, включая индивидуальные характеристики пациентов, стадию заболевания и динамику его течения.

Повреждение тканей при ОП может привести к образованию фиброзных тканей. TGF- $\beta$  участвует в регуляции процессов фиброза, которые могут возникнуть в ходе заживления тканей. Прогрессирующий ОП сопровождается более выраженным образованием фиброзных тканей, что может привести к увеличению уровня TGF- $\beta$ . Также, TGF- $\beta$  может влиять на иммунные ответы в организме, иммунные изменения могут быть связаны с течением ОП, даже если он абортивный. Генетические факторы, особенно связанные с цитокинами, играют важную роль в восприимчивости к повреждению поджелудочной железы, а также тяжести и развитию воспалительного процесса. Генетическое тестирование, вероятно, сыграет решающую роль в ранней диагностике, прогнозе клинического течения ОП и будет способствовать своевременной адекватной интенсивной терапии. В настоящем исследовании оценена функциональная значимость полиморфизма rs1800795 в гене IL6 (-174G/C) при ОП у лиц узбекской популяции. При анализе частоты полиморфизма rs1800795 (-174G/C) в промоторной зоне гена IL6 установлено, что носители генотипа G/G определенно доминировали у пациентов с высокой активностью воспалительного процесса: это свидетельствует о влиянии носительства аллеля G на обострение активности воспалительного процесса в ПЖ у больных с ОП. В отличие от носительства генотипов G/C и C/C полиморфизма rs1800795 (-174G/C) гена IL6 чаще встречались у больных с минимальной и умеренной степенью воспалительного процесса.

**Выводы:**

Иммунологические исследования при остром панкреатите имеют важное значение для определения риска осложнений, мониторинга течения и прогноза болезни.

Оценка функциональной значимости полиморфизма rs1800795 в гене IL6 (-174G/C) при ОП у лиц узбекской популяции показало, что носители генотипа G/G определенно доминировали у пациентов с высокой активностью воспалительного процесса.

Генетические факторы, особенно связанные с цитокинами, играют важную роль в восприимчивости к повреждению поджелудочной железы, а также тяжести и развитию воспалительного процесса, играет решающую роль в ранней диагностике, прогнозе клинического течения острого панкреатита и способствует своевременной адекватной интенсивной терапии.

## МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Глуткин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Цель исследования. Разработка метода прогнозирования развития рубцовых изменений кожи у детей.

Материал и методы исследования. На базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» было пролечено 79 пациентов в возрасте 1 [1; 3] года, которые поступали в отделение хирургии с термическими ожогами кожи II-III-IIIБ степени по четырёхстепенной классификации, что соответствует II-III степени ожога по МКБ-10.

Все пациенты при поступлении получали медицинскую помощь согласно клинического протокола Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.08.2009 № 781. Клиническая картина патологических рубцов оценивалась с помощью Ванкуверской шкалы по таким показателям, как васкуляризация (гиперемия), пигментация, плотность, высота и зуд через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакетов современных статистических. Были проанализированы различные предикторы, влияющие на течение ожоговой травмы у детей и особенности их исхода.

Результаты исследования. При анализе выявили 4 показателя, наиболее значимых для разделения групп: время от получения ожога (мин); Индекс тяжести поражения (ИТП); S ожога IIIА-IIIБ степени в см<sup>2</sup>"; полиморфизм гена эндотелиальной NO-синтазы eNOS Glu298Asp(G894T).

На основании данных предикторов рассчитывается вероятность развития рубцовых изменений кожи у детей при термических ожогах кожи (через 1 месяц после заживления) с помощью формулы:  $Z = -0,003 A - 0,00002 B + 0,254 C + (0, \text{если GG}; -1,059, \text{если GT}; -0,130, \text{если none}; -0,931, \text{если TT})$ .

где: Z – 1 месяц (исход рубцов), A – время от получения ожога (минуты), B – индекс тяжести поражения (клинического протокола Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.08.2009 № 781), C – площадь ожоговой поверхности IIIА-IIIБ степени в см<sup>2</sup>, полиморфизм гена eNOS G894T (Glu298Asp, rs1799983), если генотип GG подставляется значение 0, если генотип GT подставляется значение –1.059, если генотип none подставляется значение –0.130, если генотип TT подставляется значение –0.931.

При оценке метода на примере пациента ЧВП (21 месяц.) поступил с диагнозом: Термический ожог горячей жидкостью (вода) лица, грудной клетки, правого плеча и предплечья S=18%(2%)/I-II-IIIАБ степени.

В 1 месяц мы получим прогноз развития рубцов 10 баллов, что является неблагоприятным и, следовательно, ребенок требует индивидуальной программы реабилитации. После выписки разработана индивидуальная программа, и по бальной шкале отмечается наличие в 1 месяц – 5 баллов, 3 месяца – 5 баллов, 6 месяцев – 4 балла, 12 месяцев – 3балла.

Ребенок прошел полную программу реабилитации, на каждом этапе проводили оценку состояние кожи, при наличии возвышения над уровнем кожи назначали ребенку медицинский силикон (в виде пластин), и добавили компрессионное белье. При отсутствии через наблюдаемый период при отсутствии выраженной положительной динамики, к лечению добавляли биоптрон №5 и курс электрофореза с Ферменколом

№10, затем ультразвук с гидрокортизоном №8. Постоянное ношение компрессионного белья

**Выводы:** Применение данного метода позволяет не только оказать высококвалифицированную медицинскую помощь на этапе стационарного лечения, но и сформировать индивидуальную программу лечения и медицинской реабилитации, и снизить рубцовые изменения кожи и инвалидность.

## **КРИВАЯ ДИССОЦИАЦИЯ ОКСИГЕМОГЛОБИНА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Глуткина Н.В.1, Норик С.Ф.2**

**1Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
2Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь**

**Актуальность темы.** При коронавирусной инфекции отмечаются выраженные признаки кислородной недостаточности (происходит существенное уменьшение насыщения артериальной крови). При этой патологии у многих пациентов в состоянии покоя наблюдается заметный разрыв между глубиной гипоксемии и степенью дыхательной недостаточности, т.е. развивается «счастливая» («тихая») гипоксемия с быстрым ухудшением состояния. В условиях данного заболевания претерпевают серьезные изменения практически все составляющие микроциркуляторно-тканевых систем, изменения реологических свойств крови, структуры мембран эритроцитов. В связи с этим, представляется важным осуществление исследований по оценке КТФ крови в патогенезе, диагностике и лечении пациентов с нарушением функции внешнего дыхания при COVID-19.

**Цель исследования.** Изучение кривой диссоциации оксигемоглобина при коронавирусной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования являлись пациенты с коронавирусной инфекцией COVID-19 (46 человек), диагноз был установлен на основании верификации вируса при качественном определении РНК SARS-CoV-2 в соскобе клеток ротоглотки методом полимеразной цепной реакции, а также на основании типичной клинической картины и характерных для данной патологии изменений по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. Степень тяжести вирусной пневмонии определяли по регионарной классификации диагностики и лечению COVID-19, согласно которой отсутствие признаков вирусной пневмонии определялось как – КТ-0; при наличии участков «матового стекла», однако, при выраженности патологических изменений менее 25% – КТ-1; при поражении 25-50% легких – КТ-2; при наличии патологических изменений 50-75% легких – КТ-3; при поражении более >75% легких – КТ-4. Данные изменения соответствовали классификации Голландской ассоциации радиологов, CO-RADS 4-5. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, давали письменное информированное согласие. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013 г.) и одобрено этическим комитетом УО «Гродненский государственный медицинский университет».

При поступлении в стационар из локтевой вены на фоне восстановленного оттока забирали кровь, в которой определяли парциальное давление кислорода (pO<sub>2</sub>), и углекислого газа (pCO<sub>2</sub>), pH, степень насыщения крови кислородом (SO<sub>2</sub>) на газоанализаторе Stat Profile pHox plus L (США). Рассчитывались показатели кислотно-основного состояния по номограммам Siggaard-Andersen: стандартный бикарбонат

(SBC), реальный/стандартный недостаток (избыток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат ( $\text{HCO}_3^-$ ), общая углекислота плазмы крови (TCO<sub>2</sub>). Оценивали, СГК по показателю  $p_{50}$  ( $p_{\text{O}_2}$  крови при 50% насыщении её кислородом), определяемого спектрофотометрическим методом ( $p_{50\text{реал}}$ ). На основании формул Severinghaus J.W. [4] рассчитывали  $p_{50}$  при стандартных pH,  $p_{\text{CO}_2}$  и температуре ( $p_{50\text{станд}}$ ) и положение кривой диссоциации оксигемоглобина.

Использовались методы непараметрической статистики с применением программы "Statistica 10.0".

Результаты исследования. У пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 по сравнению со здоровыми лицами, наблюдается снижение  $\text{SO}_2$  до 53,5  $p_{\text{O}_2}$ . Выявлен рост показателя  $p_{50\text{станд}}$  (на 14,0 %,  $p < 0,05$ ), что, очевидно, является типичной реакцией на гипоксию в тканях, возникшую из-за недостаточности легочного кровообращения. Показатель  $p_{50\text{реал}}$  увеличился по сравнению с контрольной группой на 6,4 %,  $p < 0,05$ . Следует обратить внимание на возникший сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина к кислороду вправо, что связано с некоторым истощением компенсаторным резервом организма. Увеличение  $p_{50}$  способствует росту потока кислорода в ткани в условиях нормоксии или умеренной гипоксии. В результате проведенной терапии наблюдается увеличение данных показателей кислородтранспортной функции крови и сдвиг кривой диссоциации влево.

Сдвиг КДО венозной крови вправо в условиях развития коронавирусной инфекции отражает попытку организма компенсировать кислородную недостаточность, но в условиях цитокинового шторма, окислительного стресса, когда нарушена утилизация кислорода тканями и значительная его часть используется в оксигеназных реакциях, ведущих к образованию активных форм кислорода, это может содействовать усилению активности процессов свободнорадикального окисления.

Вывод. Как видим, при COVID-19 в реальных условиях организма имеет место сдвиг КДО вправо в венозной крови, что увеличивает поступление  $\text{O}_2$  из крови в ткани на уровне капилляров большого круга кровообращения, а влево – уменьшает.

## **КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА САРКОИДОЗА БЕКА**

**Глуткина Н.В.1, Зинчук Вл.В.2**

**1Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь**

**2Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь**

Актуальность темы. Саркоидоз Бека является распространенным системным воспалительным заболеванием неизвестной природы, имеющим множество клинических масок: от бессимптомных до серьезных поражений различных органов и систем, для которого характерен типичный гранулематозный характер воспаления, возникающий в генетически восприимчивом организме под действием триггеров окружающей и внутренней среды, обладающих антигенными свойствами. Компенсаторные реакции организма, обеспечивающие оптимальность доставки и потребления кислорода, включают реакции макроциркуляторного (артериовенозное шунтирование крови, увеличение венозного возврата – централизация кровообращения) и микроциркуляционного (направленность на увеличение объемной скорости перфузии путем снижения вязкости крови, сдвиг кривой диссоциации гемоглобина) звеньев.

Цель исследования. Изучение кислородзависимых аспектов патогенеза саркоидоза Бека.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 75 пациентов (41 женщина; 34 мужчины) с саркоидозом Бека 2-ой стадии (легочно-медиастинальная форма, активная фаза), не получавшие патогенетической терапии. Диагноз был установлен на основании изменений по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, а также на основании гистологического исследования биоптатов грудных лимфатических узлов и легочной ткани.

Забор крови осуществлялся из локтевой вены на фоне восстановленного оттока, в которой определяли парциальное давление кислорода ( $pO_2$ ), и углекислого газа ( $pCO_2$ ), pH, степень насыщения крови кислородом ( $SO_2$ ) на газоанализаторе Stat Profile pHox plus L (США). Оценивались показатели кислотно-основного состояния по номограммам Siggaard-Andersen: стандартный бикарбонат (SBC), реальный/стандартный недостаток (избыток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат ( $HCO_3^-$ ), общая углекислота плазмы крови ( $TCO_2$ ). Измеряли сродство гемоглобина к кислороду по показателю  $p50$  ( $pO_2$  крови при 50% насыщении её кислородом), определяемого спектрофотометрическим методом ( $p50_{реал}$ ). В плазме крови определялось содержания газотрансмиттеров монооксид азота (NO) и сероводорода ( $H_2S$ ).

Полученный ряд значений проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка. Использовались методы непараметрической статистики программы “Statistica 10.0”. Результаты исследования. При данной патологии по сравнению со здоровыми лицами, наблюдалось снижение  $SO_2$  (с 65,4 (60,6; 67,8) до 41,50 (36,0; 49,8),  $p < 0,05$ , %),  $pO_2$  (с 40,0 (38,0; 47,0) до 23,0 (18,3; 29,0),  $p < 0,05$ , мм рт.ст.) увеличение pH крови. Выявлено снижение показателя  $p50_{реал}$  (26,80 (24,70; 31,40),  $p < 0,05$ , в сравнении со здоровыми 28,2 (27,9; 29,1) мм рт.ст.), при неизменном  $p50_{станд}$ , что, очевидно, является ответом на гипоксию в тканях, возникшую из-за недостаточности легочного кровообращения. Отмечаемый сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина к кислороду влево, вероятно, связан с некоторым истощением компенсаторной реакции организма, на что указывает уменьшение содержания  $pO_2$  и  $SO_2$ .

Анализ показателей, характеризующих кислородтранспортную функцию крови, отражает вклад гипоксии в формирование метаболических и морфофункциональных изменений при саркоидозе. При системных проявлениях хронического воспаления происходит перераспределение ресурсов в организме в сторону различных компенсаторно-приспособительных реакций, которые способствуют энергетической и пластической депривации ряда элементов кардио-респираторного аппарата. В организме в условиях гипоксии доставка  $O_2$  в ткани осуществляется путем изменения механизмов регуляции сродства гемоглобина к кислороду, даже малые сдвиги, которого способны максимально увеличить артериовенозную разницу по  $O_2$  и оптимизировать его транспорт в ткани, поддерживая относительно низкую нагрузку на гемодинамику.

Установлено увеличение концентрации монооксида азота (с 15,42 (14,48; 17,71) до 17,09 (7,04; 25,09), мкмоль/л) и снижение сероводорода (с 29,01 (25,21; 37,03) до 13,08 (8,63; 20,46), мкмоль/л) в крови при легочно-медиастинальной форме саркоидоза. Взаимодействия NO- и  $H_2S$ -зависимых сигнальных путей важно для реализации механизмов регуляции различных функций органов и систем. Данные газомодуляторы, взаимодействуя между собой, образуют сложную систему, управляющую интеграционными процессами организма. Многие физиологические эффекты  $H_2S$  обусловлены его взаимодействием с другими газообразными посредниками (NO, CO), осуществляемым как на уровне регуляции ферментов синтеза, так и мишеней их

действия, поэтому предлагается рассматривать газомедиаторы не по отдельности, а как союз молекул, регулирующих клеточные процессы.

Поиск средств коррекции возникающей дыхательной недостаточности и гипоксии при саркоидозе должно быть направлено на улучшение функционирования системы газотрансмиттеров.

Вывод. При саркоидозе легочно-медиастинальной формы наблюдается ухудшение кислородсвязывающих свойств крови, и как следствие, снижение адекватного обеспечения кровотоком тканевых потребностей в кислороде. Отмечается при этой патологии увеличение концентрации монооксида азота и снижение сероводорода, оказывая влияние на формирование кислородтранспортной функции крови, что может иметь значение для обеспечения процессов переноса кислорода к тканям.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Давронова Ф.Т. магистр 1-го курса кафедры медицинской радиологии,  
PhD, заведующая кафедры медицинской радиологии  
АГМИ**

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) — наиболее распространённая онкологическая патология у женщин как в Узбекистане, так и во всём мире. В 2012 г. по данным мировой онкологической базы GLOBOCAN, было диагностировано 1,7 миллионов новых случаев рака молочной железы, то есть каждая 4-ая женщина заболевает РМЖ.

В Узбекистане отмечена тенденция прироста РМЖ и за последние годы отмечается наиболее частое встречаемость у лиц молодого возраста с агрессивным течением заболевания. В Узбекистане на 100 тысяч женщин приходится 19 заболевших с РМЖ, а за последние тридцать лет заболеваемость увеличилась в шесть раз. В Андижанской области за 2021 год обнаружено 348 случаев РМЖ (11,25%), за 2022 год 375 случаев (11,4%). При этом 5-летняя выживаемость пациентов, за 2021 год, составляет 683 случаев (41,3%), а за 2022 год - 736 случаев (39,8%).

В связи с этими статистическими данными, ранняя диагностика рака молочной железы наиболее актуальна и в частности, ультразвуковое исследование является наиболее удобным, безопасным и эффективным методом диагностики РМЖ и применение цветового доплеровского картирования, сделало ее незаменимой в ежедневной работе врача. Хотя диагностическая ценность стандартной эхографии молочных желез была доказана в ряде исследований, но до сих пор существует большое число пациенток, которым проводится ненужная биопсия молочных желез, даже при сочетании таких методов как рентгеновская и ультразвуковая маммография и МРТ. Применение соноэластографии повышает точность диагностики благодаря отображению эластичности тканей и лучшей дифференциации злокачественности процесса.

Цель исследования: Улучшение ранней дифференциальной диагностики РМЖ при помощи ультразвуковой эластографии.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты современного ультразвукового обследования 50 женщин с новообразованиями молочных желез. В качестве методов лучевой диагностики использованы цифровая эхография высокого разрешения с применением доплеровских методик на аппарате

«LOGIC F6» (GE Healthcare, США) с использованием мультисекторных линейных трансдюсеров 7-13 МГц.

Результаты исследования. При анализе данных пациентов при злокачественных образованиях в 78,6% определялся четвертый и пятый тип эластограммы. В то время как, при доброкачественных заболеваниях в 94,5% определялся первый, второй, третий, шестой и седьмой тип эластограммы. Эти данные улучшают дифференцировку BI-RADS II категории от BI-RADS IV и V. К примеру, дифференциальная диагностика кисты с густым содержимым и фибroadеномы на основе данных рентгеновской маммографии и традиционного ультразвукового исследования часто бывает затруднительна, но применение эластографии показало высокие результаты. Данные соноэластографии помогли не только в диагностике пальпируемых образований, но и в сложных случаях при непальпируемых образованиях менее 1 см.

Вывод. Определение чувствительности, специфичности и точности ультразвуковой эластографии в уточнении характера роста образования, показало, что традиционная маммография и УЗИ позволяют выявить образование, а в комплексе с соноэластографией установить его природу и проводить раннюю диагностику РМЖ, что немаловажно в практике врача для своевременного лечения и снижения риска осложнений.

## **СПОСОБЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Дадабаев Х.Р., Усманов Б. С, Махмудов Н.И.**

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

**Ферганский филиал РНЦЭМП**

Способы фиксации ампутов в микрохирургии, а именно, интрамедуллярный остеосинтез стержнями, штифтами, пластинами и другие методы внутреннего остеосинтеза при травматических ампутациях сегментов конечностей характеризуются рядом существенных недостатков, ограничивающих функциональную реабилитацию.

Недостаточная стабильность костных отломков, фиксированных интрамедуллярным остеосинтезом, как правило, требует дополнительной гипсовой иммобилизации, что в значительной мере ограничивает уход за послеоперационной раной, задерживает функциональную разработку конечности и тем самым ухудшает результаты операций.

За истекшие 10 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП выполнено 39 реплантаций крупных сегментов конечностей: верхних конечностей - 24, нижних - 15. Мужчин было - 32 (82,1%), женщин - 7 (17,9%). Из них детей - 6 (15,4%). Основная группа пострадавших (88%) была в возрасте от 15 до 53 лет. Преобладали наиболее тяжелые виды травм: повреждения движущимися механизмами станков – у 29 (74,4%) больных, тракционное отчленение – у 5 (12,8%), рельсовая травма – у 3 (7,7%), разможнение и раздавливание – у 2 (5,1%) пострадавших.

Реплантации плеча выполнены в 6 (15,4%) случаях, предплечья - в 10 (25,6%), кисти – в 8 (20,5%), голени – в 9 (23,1%), стопы – в 6 (15,4%) наблюдениях. Во время операции проводили адекватную первичную хирургическую обработку ран культи и ампутата, маркировку анатомических структур под оптическим увеличением, укорочение костей на 3-4 см для оптимального восстановления сосудов, нервных стволов, сухожильно-мышечного аппарата.

Основными требованиями к проводимому остеосинтезу были: краткие сроки выполнения, стабильность фиксации, минимальная травматичность и инвазивность. Многие зависело от общего состояния пострадавшего, длительности аноксии, степени повреждения мягких тканей и характера перелома.

Остеосинтез выполняли в два этапа: предварительный и окончательный. При минимальных сроках ишемии производили интрамедуллярный остеосинтез спицами или штифтами, что занимало 15-20 минут, восстанавливали сухожильно-мышечный аппарат, периферические нервные стволы, магистральный кровоток и лишь в конце операции выполняли окончательную фиксацию костей аппаратом Илизарова в режиме компрессии.

При длительных сроках ишемии ампутата, раздавленном механизме травмы, трудности выполнения радикальной хирургической обработки производили предварительный временный интрамедуллярный остеосинтез, затем микрохирургический этап, а окончательную стабильность костей осуществляли аппаратом внешней фиксации через 3-5 недель после реплантации.

Использование аппаратов внешней фиксации позволило создать стабильную фиксацию, обеспечило визуальное наблюдение и уход за раной, выполнение некрэктоми и замещение дефектов кожи, снизило риск тромбоза анастомозов и гнойно-септических осложнений.

Исходы реплантаций крупных сегментов конечностей до 2 лет прослежены у всех 39 больных. Приживление сегмента достигнуто в 29 из 39 случаев (74,4%). К отторжению сегментов привели: тромбоз сосудистых анастомозов в 6 случаях, нагноение ран – в 2, технические ошибки – в 2 наблюдениях.

Из 29 приживленных сегментов конечностей у 15 – отмечено полное сращение костных отломков и отсутствие контрактур в суставах. Данные результаты остеосинтеза признаны хорошими.

В 10 клинических наблюдениях выявлены удовлетворительные результаты проводимого 2-этапного остеосинтеза – умеренно выраженные контрактуры суставов, не выраженные нейротрофические расстройства.

У 4 пациентов выявлены ложные суставы, стойкие постфиксационные и посттравматические контрактуры, а также выраженные нейротрофические расстройства. Такого рода результаты остеосинтеза признаны неудовлетворительными.

Результаты лечения больных нами расценены как положительные, так как проведенные операции и применение 2-этапного метода остеосинтеза позволили не только сохранить конечность, но и уменьшить число послеоперационных осложнений.

Таким образом, преимуществами данной методики являются:

Обеспечение визуального контроля за послеоперационной раной и жизнеспособностью реплантированного сегмента.

Снижение до минимума риска послеоперационных тромбозов и гнойно-воспалительных процессов.

Обеспечение высокой надежности остеосинтеза.

«Раскрепощение» конечности для начала ранней функциональной нагрузки конечности.

## ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИДА НА МЫШЕЧНУЮ СИСТЕМУ

Далимов А.А., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Далимова К.М.

РНЦРЭМП Андижанский филиал

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Примерно с 2020 года в мире наблюдаются многочисленные вспышки пандемии Covid-2019 (коронавируса), вызванные различными вариантами серьезного тяжелого респираторного заболевания Covid 2 (SARS-CoV-2) в различных условиях. По состоянию на 1 сентября 2022 года зарегистрировано 599 миллионов подтвержденных случаев и более 6 миллионов случаев смерти. Недостаток жизней, наложенный на снижение личной удовлетворенности критического числа выживших, сделал эту пандемию колоссальным препятствием для всего мира. Был учтен ряд долгосрочных воздействий или неудобств, включая различные конструкции кузова. Респираторные последствия коронавируса в целом изучены, однако данные о запутываниях внешних мышц занижены.

Модель PICOS: (1) Исследования, в которых рассматривались пациенты с долгосрочными побочными эффектами коронавируса при любом уровне > 4 недель заражения коронавирусом (население); (2) Исследования, в которых важным моментом была оценка долгосрочных побочных эффектов коронавируса у пациентов легкой, средней, серьезной и базовой степени тяжести, у которых развитие происходило примерно в течение 14 дней (медиация); (3) Исследования независимо от контрольной группы (корреляции); (4) Исследования, выявившие длительные побочные эффекты коронавируса (результаты); и (5) Методическое исследование и мета-обследование (концентрирование внимания на планах). С января 2020 года по середину июля 2022 года к рассмотрению допускались любые соответствующие исследования, которые следовали ранее упомянутой модели PICOS и которые подробно определяли сложности внешних мышц при длительном Коронавирусе.

Процедура поиска. В течение этого периода времени исследование проводилось двумя автономными аналитиками в каждом отдельном наборе электронных данных, в основном в MEDLINE, EMBASE, Web of Science и Google Researcher. Мы объединили поисковые запросы и крылатые фразы, связанные с населением (например, «Коронавирус», «SARS-CoV-2», «длинный коронавирус», «длинный коронавирус», «дальнобойщики») и результатами (например, «истощение», «мучение», «наружная мышца», «миалгия», «миопатия», «артралгия», «воспаление суставов», «ревматизм», «сустав»). Кроме того, мы разделили фокус на планах «фундаментального обследования» и «мета-обследований» у людей.

Были включены все методические аудиты и мета-экспертизы по длительному Коронавирусу в соответствии с нашей ранее упомянутой моделью PICOS. После поиска праймеров мы извлекли внешние мышечные комплексы, которые учитывались в длительных исследованиях коронавируса или в посткоронавирусных исследованиях (примерно через 4 недели после динамического заболевания, вызванного коронавирусом). Мы запретили любые повреждения внешних мышц, возникающие после каких-либо неврологических последствий длительного Коронавируса, и исключили любой миокардит или проблемы, связанные с повреждением гладких мышц.

Заголовки и дайджесты были оценены на предмет возможного квалифицированного расследования. После первичного отбора были закуплены полные тексты возможных квалифицированных экзаменов для поэтапной оценки,

утилизировав все копии. Ручная проверка ключевых статей и обзорных статей была направлена на выявление дополнительных статей, пропущенных методологией исследования. Два комментатора оценивали статьи самостоятельно, и в случае каких-либо противоречий оценивалась оценка третьего аналитика.

По правилам Общественной организации благополучия и заботы о величии пост-тяжелый коронавирус и посткоронавирусное расстройство запоминаются надолго. Пост-интенсивный коронавирус подразумевает продолжающийся показательный коронавирус для людей, у которых фактически наблюдаются побочные эффекты через 4 и 12 недель после интенсивного коронавируса. Опять же, состояние после коронавируса подразумевает, что у пациентов наблюдаются стойкие побочные эффекты в течение > 12 недель после интенсивных побочных эффектов. По данным Всемирной ассоциации благополучия, посткоронавирусные состояния обычно возникают через 3 месяца после начала заболевания коронавирусом, а побочные эффекты продолжаются где-то около 2 месяцев и не должны быть объяснены каким-либо факультативным анализом.

Еще одно определение включает в себя «не выздоравливать в течение некоторого времени или месяцев после начала побочных эффектов, напоминающих коронавирус, в любом случае судили людей или нет». Обычными побочными эффектами являются слабость, одышка, психическое расстройство/путаница в размышлениях, лысина и одышка. Также были учтены побочные эффекты скелетных мышц, неврологические, костные и суставные проблемы. Провоспалительные реакции могут влиять практически на каждый орган, включая наружную мышечную структуру. Миалгия, артралгия, истощение, физические нагрузки и ограниченность мышления являются частью нормальных последствий внешних мышечных заболеваний.

Заключение. Внешняя мышечная ассоциация является нормальной при динамическом заболевании SARS-CoV-2. Усталость на этом этапе является исключительно нормальным явлением. Здесь мы описали проблемы с внешними мышцами при длительном заболевании коронавирусом. Опять же, слабость считается исключительно нормальным явлением наряду с миалгией и артралгией. На этих перспективах нет концентрации. Кроме того, все экзамены разнородны, особенно в том, что касается периода посткоронавирусного периода и значения термина «длинный коронавирус». Не существует явных исследований на предмет восстановительной медиации в наружных мышечных комплексах. Это исследование усилило весомость сложившихся обстоятельств. Учитывая пробелы в письменной форме и необходимость сложившихся обстоятельств, оправданы дальнейшие обследования для нормализации необходимых восстановительных средств при наружных мышечных защемлениях.

## ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ COVID-19

**Далимова М.М., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Каландаров Д.М.**

**РНЦРЭМП Андижанский филиал**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Введение: Коронавирусное заболевание (COVID-19) – это инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2.

У большинства людей, зараженных вирусом, развивается респираторное заболевание от легкой до умеренной степени, и им становится лучше, за исключением случаев, когда требуется экстренное лечение. Однако некоторые из них оказываются серьезно больными и требуют клинического внимания. Пожилые люди и те, у кого есть

такие клинические предпосылки, как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, постоянные респираторные заболевания или большинство видов рака, с большей вероятностью могут привести к серьезному заболеванию. Любой человек может заболеть COVID-19 и серьезно ухудшиться или умереть в любом возрасте.

Первоклассный способ предотвратить и постепенно снизить передачу – это иметь необходимые знания о заболевании и о том, как распространяется вирус. Защитите себя и других от заражения, оставаясь на расстоянии не менее 1 метра от других, надев настоящую маску, часто мойя ладони или используя спиртосодержащие средства. Сделайте прививку, когда придет время, и соблюдайте рекомендации местных жителей.

Вирус может распространиться изо рта или ноздри зараженного человека в виде мелких частиц жидкости, когда он кашляет, чихает, говорит, поет или дышит. Эти частицы варьируются от крупных респираторных капель до более мелких аэрозолей. Очень важно соблюдать респираторный этикет, например, кашляя в согнутый локоть, а также продолжать вести домашний образ жизни и самоизолироваться до тех пор, пока не поправитесь, если почувствуете недомогание.

Пневмический фиброз — это заболевание легких, которое включает рубцевание (фиброз) легочной ткани. Он может возникнуть из-за различных ранений легких, в том числе некоторых вирусных заболеваний. Появляются доказательства того, что пневмический фиброз может быть затяжной проблемой у некоторых пациентов, выздоровевших от коронавируса. Патофизиология аспирационного фиброза после коронавируса

Конкретный инструмент, с помощью которого коронавирус может вызвать пневмический фиброз, до конца не изучен. Тем не менее, исследования показывают, что крайне ярая реакция, вызванная инфекцией SARS-CoV-2, играет ключевую роль. В тот момент, когда легкие заражаются инфекцией, защитная система вызывает огромную взрывную реакцию, доставляя цитокины для борьбы с болезнью. Тем не менее, у некоторых людей эта реакция становится резкой и замедленной. Считается, что затяжное обострение в долгосрочной перспективе наносит вред легочной ткани, активируя фибробласты, которые продолжают накапливать чрезмерное количество коллагена в легких и вызывают фиброз. Перенесенные легочные инфекции или наследственное бессилие также могут повлиять на риск развития фиброза после коронавируса.

Несколько исследований предоставили рентгенологические и гистопатологические доказательства возникновения пневмосклероза у пациентов с коронавирусом через несколько недель или месяцев после их основного выздоровления. В одном обзоре были изучены результаты компьютерной томографии 51 выздоровевшего пациента с коронавирусом и выявлены признаки аспираторного фиброза примерно у 60% из них через 3 месяца после начала побочных эффектов. В другом обзоре был обнаружен аспирационный фиброз в образцах биопсии у получателей переселения легких, у которых ранее была коронавирусная пневмония. Более крупные партнерские исследования продвигаются к тому, чтобы с большей вероятностью описать частоту и факторы риска посткоронавирусного пневмического фиброза. Согласно предварительной информации, фиброз может поражать около 10-15% госпитализированных пациентов с коронавирусом в долгосрочной перспективе.

Клинические моменты и выводы. Пациенты с посткоронавирусным пневмическим фиброзом часто сообщают о постоянной или ухудшающейся одышке, головокружении и слабости через несколько месяцев после начального выздоровления.

При оценке у них могло быть ослабление дыхательных шумов и хрипов при аускультации легких. Пневмонические тесты обычно показывают уменьшение объема легких и предела дисперсии. Точные КТ-обследования показывают элементы ретикуляционной, сотовой структуры и опорных бронхоэктазов, предсказуемых при фиброзе. Иногда для подтверждения результатов может потребоваться тщательная биопсия легких. Отделить поствирусный фиброз от других интерстициальных заболеваний легких можно только с помощью визуализации и тестов на возможность аспирации.

**Прогноз и Совет.** Длительное ожидание пациентов с посткоронавирусным пневмоническим фиброзом зависит от серьезности и распространения инфекции. Легкие дела могут сбалансироваться или постепенно продолжаться в течение длительного времени. В любом случае, выраженный фиброз представляет собой риск умеренного дыхательного расстройства, как идиопатический пневмонический фиброз. Обычно используются кортикостероиды, однако их эффективность неясна. В настоящее время оцениваются другие иммуномодулирующие методы лечения, включая пирфенидон и нинтеданиб. Трансплантация легких может быть возможностью для избранных пациентов с терминальной стадией включения легких. Пневмоническое выздоровление приводит к дальнейшему развитию побочных эффектов и личному удовлетворению. Дальнейшие исследования продолжаются, чтобы способствовать более успешному лечению фиброза с упором на патофизиологию поствирусного фиброза.

**Заключение.** Вкратце, пневмонический фиброз создает впечатление возникающей проблемы в долгосрочной перспективе у части людей, выживших после коронавируса. Хотя дополнительная информация все еще требуется, клиницисты должны знать об этой возможности у пациентов, у которых возникают новые или стойкие побочные эффекты со стороны дыхательной системы через очень долгое время после начала выздоровления. Раннее выявление и совет могут помочь облегчить перемещение пострадавших людей. При продолжении исследования компонентов лечение приближается, и долгосрочные результаты необходимы для улучшения ухода за этой группой пациентов.

## **СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Дехканов.К.М.,Йулдашев Ш.М.. Юлдашев.З.Ш.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Открытые внутрисуставные переломы конечностей относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. Актуальность лечения таких больных связана с их особой трудностью и частыми осложнениями. Развитие осложнений приводит к замедлению процессов костной регенерации, возникновению контрактур и анкилозов, при этом удлиняется процесс выздоровления, что способствует росту инвалидности населения.

Нами изучены результаты лечения 68 больных с открытыми внутрисуставными переломами конечностей, пролеченных в отделении травматологии ФФРНЦЭМ с 2019-2023 гг. Из них мужчин было -47 (69,1%), женщин -21 (30,9%). Открытые повреждения коленного сустава составили 31,6% голеностопного сустава-19,4%, плечевого 2,%, локтевого сустава 39,1%, и повреждения лучезапястного сустава 7,9%.

По тяжести повреждения околоуставных мягких тканей, в соответствии с классификацией А.В.Каплана и О.Н Марковой, открытые переломы типа I А наблюдались у 15 (22,1%), I Б - у 24 б-х (35,3 %), IIА- у 6 (8,8%), IIБ- у 15 (22,1%), IIIА- у 2 (2,9%) III Б- у 6 (8,8%) больных.

На основании анализа исследования мы разработали стандарт лечения при открытых внутрисуставных переломах конечностей. Этот стандарт предусматривает комплексное использование хирургических и консервативных методов лечения. Особое значение уделено надёжному обезболиванию, квалифицированной первичной хирургической обработке раны, стабильной фиксации внутрисуставных отломков, рациональной антибактериальной терапии и ранней активизации функции повреждённого сустава.

При открытых внутрисуставных переломах, необходимо применять раннюю (в первые 4-6 часов после травмы) хирургическую тактику, соответствующую степени повреждения мягких тканей. Методики и средства создания образовательной среды для формирования практических навыков мед работников стационара по автоматизированной организации процесса лекарственного обеспечения пациентов. Дополнительную санацию в конце операции осуществляют неоднократным промыванием антисептическими растворами (димексид, хлоргексидин - биглюконат, диоксидин и раствором фурациллина) в том числе пульсирующей струей, уменьшающей бактериальную загрязнённость раны. Затем производили активное дренирование раны с помощью приточно-отсасывающих силиконовых дренажных трубок, через дополнительный разрез кожи.

При открытых повреждениях с целью профилактики раневой инфекции и повышения специфической иммунологической реактивности организма мы использовали специфические сыворотки (противостолбнячную, противогангренозную), анатоксины (противостолбнячный, стафилококковый) и бактериофаги (стафилококковый, коли).

Антибактериальная терапия начиналась сразу при поступлении больного, интраоперационно вводили внутривенно антибиотики широкого спектра действия, преимущественно цефалоспорины. Методики и средства создания образовательной среды для формирования практических навыков мед работников стационара по автоматизированной организации процесса лекарственного обеспечения пациентов II и III поколения. После получения результатов микробиологического исследования производили смену антибиотиками, чувствительными к выявленной микрофлоре. С целью длительной поддержки высоких концентраций антибиотиков в крови и очагах поражения мы использовали региональную лимфотерапию конечности, внутривенное и внутрикостные методы введения.

Разработанный нами стандарт лечения при открытых внутрисуставных переломах конечностей, позволил уменьшить число гнойно-воспалительных осложнений более чем в 2 раза, и тем самым сократилось время лечения в стационаре, а также сроки временной нетрудоспособности пострадавших, что даёт значительный экономический эффект.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОВАРИОЭКТОМИИ

1Джолдошева Г.Т., 1Шатманов С.Т., 2Расулов Х.А., 1Саттаров А.Э., 1Жаныбек  
кызы К.

1Ошский государственный университет 2Ташкентский педиатрический  
медицинский институт

Цель исследования. Морфологическая оценка динамики изменений костной ткани в условиях экспериментальной овариоэктомии с изучением эффективности патогенетической коррекции.

Материалы и методы. Исследования проведены на 26 половозрелых самках крыс массой 180-220 г в течение 90 дней эксперимента в виварии кафедры анатомии, патологической анатомии ТашПМИ. У подопытных групп крыс после лапаротомного выделения и перевязывания маточных труб, проводили одностороннюю овариоэктомию под общим обезболиванием используя эфирный наркоз [4, 5]. Оперированные крысы самки были разделены на 2 группы: первую группу составили 12 самок с овариоэктомией, а вторую группу составили 14 крыс-самок. Для животных второй группы (14 крыс-самок) с целью коррекции метаболических изменений в костной ткани через 30 дней после овариоэктомии для фармакологической коррекции остеопении использовали комплекс лечения с витамином Д и активным кальцием. Препарат Вигантол, разбавленный в 1/2 соотношении с растительным маслом, назначили по 1 капле 1 раз в день в течение 2 месяцев. Суспензию препарата Са – актив в дозе 10,0 мг/кг массы вводили с помощью зонда в желудок 1 раз в день в течение 2 месяцев. У 10 животных интактной группы для создания операционного стресса проводили ложное оперативное вмешательство без овариоэктомии.

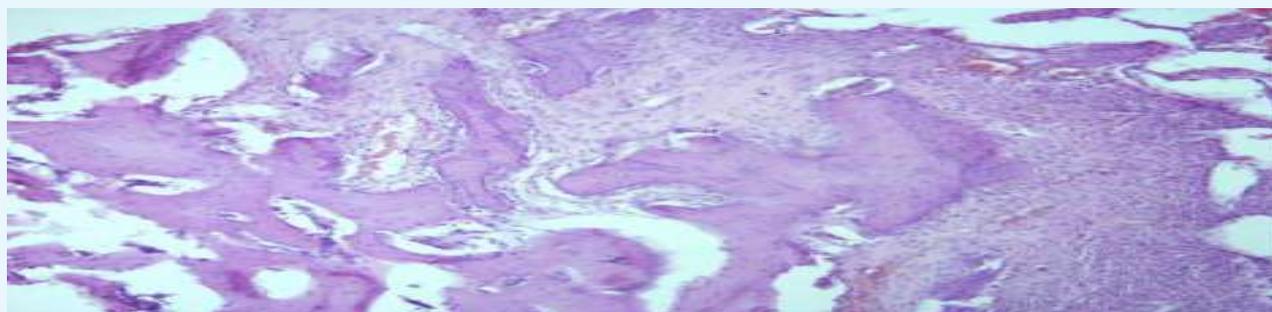
В работе с экспериментальными животными полностью соблюдались требования Европейской конвенции (Страсбург, 1985) по защите животных, используемых для экспериментов в научных целях. Животных содержали по 2 особи в прозрачных пластмассовых клетках из поликарбоната в контролируемых условиях окружающей среды (температура 20–24 °С, относительная влажность 45–65%, в режиме освещения 12/12 ч) на подстилке из опилок. Животные получали корм *ad libitum* и имели постоянный доступ к воде [1, 3].

Результаты исследования. Влияния витамина Д с активным кальцием доказывают развитие усиленной регенерации при остеопорозе в виде пролиферации фибропластической и остеобластической архитектоники костной ткани. Причем такая восстановительная клеточная реакция одновременно развивается как со стороны периостальной поверхности, так и со стороны гаверсовых каналов. [2]. В динамике после лечения в пораженной костной ткани морфологические признаки остеопороза быстро заменяется остеорегенеративным процессом и к 90-ому дню эксперимента как костные пластинки, так и гаверсовые каналы восстанавливаются.

Результаты микроскопического исследования костной ткани на 30е сутки после овариоэктомии показали, что отмечалось заметное рассасывание костной пластинки, которое проявилось истончением костных балок, неравномерным рассасыванием как со стороны периоста, так и со стороны эндооста. Костные балки становились неравномерными по толщине и базофильными по окрашиванию. Со стороны периоста отмечалось хондроматозное перерождение костных балок, а со стороны эндооста появилась просветленная бесклеточная полоса. Костный мозг стал рыхлым, отечным, малоклеточным, а гаверсовы каналы стали неравномерно расширенными и

заполнились в одних местах липонитами, а в других участках - грануляционной тканью, богатой воспалительными клетками как полинуклеарного, так и мононуклеарного происхождения (рис.1).

На 90й день эксперимента отмечалось развитие в костной ткани атрофических и деструктивных изменений. При этом дистрофические и атрофические изменения распространялись со стороны проксимального отдела в сторону дистального отдела. Компактные костные пластинки неравномерно обызвествленные, особенно в краевых зонах более слабые, иногда с остеокластами на поверхности. Встречались балычки с наслоениями остеоида. Встречались также участки, заполненные рыхловолокнистой тканью, иногда очаги миксаматозного характера. По ходу всех костных пластинок появились очаги бесклеточного просветления (рис.2) с наличием отрывков костной ткани и кальцинатов. Между компактными костными пластинками большая площадь захвачена рыхлой волокнистой соединительной тканью. В отличие от предыдущих сроков эксперимента отмечалось значительное уменьшение в составе мягкой ткани клеточных элементов. Единичные клетки, находящиеся в толще соединительной ткани, были хондробластического или макрофагального вида, волокнистые структуры расположены хаотично и между собой переплетены, формируя относительно толстые



волокнистые пучки.

Рис. 1. 30е сутки овариэктомии. Истончение костных балок, разрыхление костного мозга. Окраска: гематоксилином и эозином. УВ: 10. об.40.

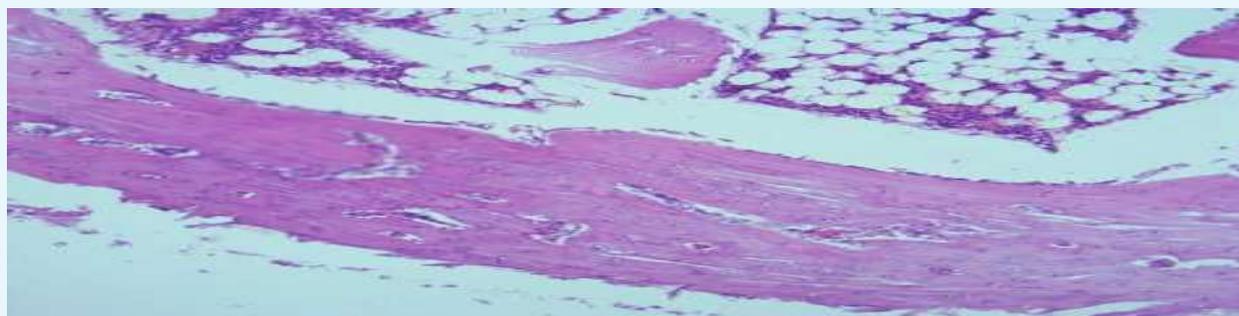


Рис.2. 90й день эксперимента. Значительная атрофия компактных костных пластинок, замещение волокнистой соединительной тканью. Окраска: по Ван-Гизон. Ув: ок. 10, об. 40.

Выводы. Таким образом, результаты морфологического исследования костной ткани в различные сроки после моделирования остеопороза показали, что там развиваются последовательные дистрофические, деструктивные и атрофические изменения. Причем они начались с проксимального отдела костей и распространялись в сторону дистального отдела, в основном поражалась диафизарная часть костей. С начальных сроков эксперимента отмечалось бурное рассасывание костной пластинки, расширение гаверсовых каналов с развитием в них грануляционной ткани и появление воспалительной инфильтрации. В последующие сроки эксперимента со стороны костных пластинок отмечались еще более атрофические и деструктивные изменения в

виде хондроматозного перерождения и неравномерного кальциноза. Со стороны гаверсовых каналов нарастало разрастание волокнистой соединительной ткани в виде фиброзной дисплазии кости.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (К 55-ЛЕТИЮ ЛИМФОЛОГИИ УЗБЕКИСТАНА)**

**Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э.  
Андижанский Государственный медицинский институт**

В этом году исполняется 55 лет с момента зарождения лимфологии в Узбекистане - как активно развивающегося инновационного научного направления нашей страны.

Цель исследования. Отразить более чем полувековые достижения по разработке и внедрению инновационных лимфологических методов лечения в Республике Узбекистан.

Материал и методы. На сегодняшний день мы располагаем опытом лечения более 2000 больных, у которых применены, экспериментально разработанные, лимфологические методы лечения.

Результаты исследований. Хирургия лимфатической системы, грудного протока. Исследования впервые в республике начаты в ГУ РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова профессорами, Ф.Г.Назыровым, И.А. Рябухиным, П.М. Хамидовым. Полученные ими результаты позволили качественно улучшить хирургическое лечение больных с патологией печени. У.К. Юлдашевым и др., разработаны и внедрены различные микрохирургические и консервативные методы лечения лимфедемы и мальформаций лимфатических сосудов. Разработаны хирургические методы лечения посттромботической лимфедемы. Прямая эндолимфатическая терапия. Внедрены в клиническую практику методы в лечении гнойно-септических поражений различных органов сотрудниками Ташкентского педиатрического медицинского института. Сотрудниками Андижанского Государственного медицинского института, Самаркандского Государственного медицинского института, Бухарского Государственного медицинского института и др., эти методы широко применяются в хирургической практике. Методы оказались весьма эффективными в экстренной медицине, в лечении туберкулеза легких, онкологических и других заболеваний. (Ш.А. Дадаев, А. Ашурметов, И.А. Ахмедов, Л.Г. Нугманова, Б.А. Ахунджанов, А.С. Саидханова, Р.Ю. Омиров, и др.). Непрямая лимфатическая (лимфотропная) терапия. Техническая простота сочетающиеся с достаточной эффективностью делают его методом выбора для использования в системе экстренной медицинской помощи, в первичном звене здравоохранения, на этапах медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях. (Э.С. Джумабаев, И.Р. Файзиев В.А. Хакимов, и др. Региональная лимфатическая терапия. Приоритетная разработка республиканского научного центра клинической лимфологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Региональная лимфатическая антибиотикотерапия, стимуляция лимфатического дренажа тканей, иммуномодулирующая терапия оказываются высокоэффективной мерой предупреждения ряда грозных осложнений после операций на органах грудной и брюшной полостей. Метод оказался весьма эффективным в комплексном лечении больных с осложненным аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, инфильтратами и абсцессами брюшной полости, острой

кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей и перитонитом. Лимфотропная антибиотикотерапия позволяет в 2 и более раз уменьшить суточную дозу вводимых антибиотиков и число производимых инъекций. Этим самым уменьшается побочное действие антибиотикотерапии. Метод позволяет быстрее чем обычно снижать воспалительные явления, с нормализацией температуры тела, содержания лейкоцитов крови и СОЭ. В связи с простотой выполнения лимфотропная терапия широко применяется во всех звеньях структуры экстренной медицинской помощи. В последние годы разрабатываются методы лимфотропной терапии цитостатиками, иммуномодуляторами, ингибиторами протеаз, нейролептиками и анальгетиками. Сегодня Узбекистан имеет свою школу клинической лимфологии, характеризующуюся разработкой самостоятельного, признанного в кругу специалистов научного направления, внедренного в практическое здравоохранение, Разработано более 35 лечебных методик, которые с успехом используются не только в хирургии, но и терапии, гинекологии, офтальмологии, оториноларингологии, онкологии, травматологии, флебологии, нейрохирургии дерматовенерологии, фтизиатрии, неврологии, инфекционных болезнях и др

Выводы. С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфологических методов в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,5-2 раза, уменьшение количества инъекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ УШИБА ЛЁГКИХ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

**Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
Андижанский Государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучение клинической эффективности претрахеальной лимфотропной терапии и выбор оптимальной тактики лечения ушиба лёгких при закрытой травме грудной клетки.

Материал и методы. За последний год в РНЦЭМП Андижанский филиал находилось на лечении по поводу травм грудной клетки 96 пострадавших, из которых 91,3% - пациенты с закрытой травмой грудн. Возраст пациенто 19 - 76 лет, в среднем -  $30 \pm 5$  лет. Причиной травм в 62% случаях было падение с высоты, в 24% - автоавария, в 14% - удары, сдавления грудной клетки. Переведены в торакальное отделение из других лечебных учреждений области 78% больных через 2-24 дня после травмы с различными осложнениями. Для диагностики локализации и степени повреждения органов грудной клетки применялись современные неинвазивные высокоинформативные методы: РИ, МСКТ, УЗИ сердца, плевры и легких. У 84% больных был выставлен диагноз ушиб лёгких. В хирургическом лечении преобладали малоинвазивные вмешательства: плевро- или торакоцентез, видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакокопия (ВАТС). Показаниями к пункции и дренированию плевральной полости являлись пневмоторакс, малый гемоторакс, гемопневмоторакс. У 47 пациентов диагностированы одиночные и множественные переломы ребер, у 6 - перелом грудины, у 4 - перелом лопатки, у 7 - разрыв диафрагмы.

У одной пациентки диагностирован полный отрыв правого и линейный разрыв левого главного бронхов. В 28% случаев имело место сочетанная травма. Среди осложнений травм груди наиболее часто наблюдался пневмоторакс с подкожной эмфиземой отмечен у 24, гемоторакс имел место у 18, сочетание синдромов у 31 больных. При решении проблем хирургической патологии на первый план стало выходить преобладание осложнений ушиба лёгких. Длительная интубации, строгий постельный режим и угнетение механизмов защиты дыхательной системы приводит к возникновению «посттравматической» пневмонии.

При динамическом наблюдении у 28% пациентов отмечалось ухудшение состояния вследствие присоединения внутрибольничной инфекции к имеющимся патологическим изменениям в паренхиме легочной ткани после УЛ. Об этом свидетельствовали нарастающие воспалительные изменения лабораторных показателей крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение уровня СРБ), а также результаты РИ и МСКТ – консолидация участков паренхимы в месте кровоизлияний (что указывает на уплотнение легочной ткани) и перифокальное «матовое стекло» (снижение прозрачности (воздушности) легочной ткани расценено как состояние, обусловленное прогрессированием текущего патологического процесса в местах внутрилегочного кровоизлияния, с явлениями интерстициального отека, утолщения стенок альвеол, их спадением, снижением воздушности). Лечебная стратегия ведения пациентов с УЛ включает адекватное обезболивание (нестероидные противовоспалительные препараты), купирование острой дыхательной недостаточности (оксигенотерапия, методы респираторной поддержки), антикоагулянты (при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения). Лечение инфекционных осложнений заключается в назначении адекватной антибактериальной терапии при наличии показаний (лейкоцитоз  $> 12 \times 10^9 / л$ , палочкоядерных нейтрофилов  $> 10 \%$ , уровень СРБ  $> 50$  мг / л и / или уровень ПКТ  $> 0,5$  нг / мл, нарастания прокальцитонина), бронхолитических препаратов и ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) в режиме небулайзерной терапии (противовоспалительный и противоотечный эффект), адекватной санации дыхательных путей (муколитические препараты). В настоящее время целесообразно стартовое применение цефтриаксона ( $\geq 2-4$  г в сутки), цефтотаксима, включая комбинацию этих препаратов с сульбактамом, амоксициллин / клавуланат, цефоперазон / сульбактам, цефепим, цефепим / сульбактам. При неэффективности терапии модификация лечения должна основываться на результатах микробиологической диагностики и получении результатов чувствительности микроорганизмов. Также назначение антибактериальных препаратов может быть рассмотрено с целью антибактериальной профилактики при установке плеврального дренажа. Для снижения частоты инфекционных осложнений применяются цефалоспорины I–II поколения в течение  $\leq 24$  ч. При введении антибактериальных препаратов  $\geq 24$  ч риск развития инфекции в области хирургического вмешательства не уменьшается, но способствует селекции резистентных штаммов.

У 20 больным с УЛ в комплексе с применением традиционных методов введения антибиотикотерапии, с целью создания более высоких концентраций антибиотиков в лимфатическом русле легких и региональных лимфоузлах, а также борьбы с отеком, применялась претрахеальная лимфатическая терапия, разработанная С.У. Джумабаевым и соавт., (1990-2023), при которой препараты вводятся пункцией претрахеальной клетчатки на передней поверхности шеи над яремной вырезкой. Препараты для лимфотропной терапии готовили extempore, с последовательным введением 0,5 %раствора новокаин-10 мл., Гепарин 5000 Ед, цефтриаксон 1,0 г., в

низкой концентрации. Средний объем лекарственной смеси 15 мл. Вводимые препараты, не вступают в химическое взаимодействие, в связи с интервалом между введениями 5 минут.

Результаты исследования. У больных на фоне применения претрахеальной лимфотропной терапии на 3-и сутки после первой инъекции отмечалось снижение болевого синдрома по шкале ВАШ на 75 %. Полное купирование болевого синдрома отмечалось на трое суток раньше, чем в группе сравнения (после второй лимфотропной инъекции), благодаря чему увеличивались эффективный объем дыхания и газообмен. Лимфотропная терапия оказывает как местный, так и общий (системный) эффект. В связи с этим выделяют системные эффекты лимфотропной терапии, при которых лекарственные препараты вне зависимости от места их введения обеспечивают действие в разных участках организма, и региональные, направленные на определенный регион, пораженный патологическим процессом. Так, нормализация температуры тела наблюдалась на трое суток раньше, чем в группе сравнения. Нормализация величины лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рассчитываемого по формуле и имеющего референсные значения от 1,6 до 2,1, в основной группе исследования происходила в 1,3 раза быстрее, чем в группе сравнения ( $p = 0,0117$ ), на пятые сутки госпитализации (4 сутки исследования). У всех пациентов отмечена положительная рентгенологическая и клиническая динамика. В результате применения лимфотропных инъекций осложнения УЛ при торакальных травмах в остром периоде возникали 1,8 реже, чем в группе с традиционным ведением послеоперационного периода. Также существенно сокращались сроки госпитализации, на  $5,3 \pm 1,1$  дня. На наш взгляд, лечебный эффект лимфотропных лимфостимулирующих блокад складывается из следующих компонентов: 1) ноцицептивный блок обеспечивает прерывание афферентной раздражающей болевой импульсации; 2) лимфостимуляция в данном регионе приводит к увеличению пассажа межтканевой жидкости, улучшается лимфатический дренаж, элиминация продуктов воспаления вызывает снижение степени эндотоксикоза; 3) лекарственное насыщение регионарной лимфатической системы антибиотиком создает его концентрацию, достаточную для профилактики воспалительных осложнений.

Вывод. Претрахеальная лимфотропная терапия и предлагаемая тактика, у больных с торакальными травмами, показывают более благоприятное течение патологического процесса, а так же положительное влияние на раннее купирование болевого синдрома и воспалительной реакции - как основных составляющих патогенеза развития посттравматической пневмонии и её осложнений.

## **ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

**Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Джумабаев С.Э., Саидходжаева Д.Г.  
Андижанский государственный медицинский институт..**

Цель исследования. Улучшить результаты лечения огнестрельных ран конечностей путем применения лимфотропной терапии, и совершенствования методов оказания медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших в мирное время.

Материал и методы. Представляем опыт лечения 169 пострадавших с огнестрельными пулевыми ранениями конечностей, в результате терактов и контртеррористических операций в Андижанской области. Раненые разделены на 4

группы, в зависимости от характера повреждений и осложнений, каждая из которых состояла из основной группы, где в комплексе лечебных мероприятий применяли, согласно утвержденным протоколам, методы региональной лимфатической терапии и контрольной группы, где лечение осуществлялось без применения методов лимфатической терапии. Характеристика групп пострадавших. I группа: Изолированные ранения мягких тканей конечностей (59 раненых): основная-40, контрольная-19. II группа: Огнестрельные переломы костей, без обширного дефекта мягких тканей (31 раненых): основная-16, контрольная-15. III группа: Огнестрельные переломы костей с обширными повреждениями мягких тканей (42 раненых): основная – 26, контрольная-16. IV группа: инфекционные осложнения огнестрельных ранений конечностей (37 раненых): основная-25, контрольная-12. Региональная лимфатическая терапия включала в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа (противоотечная терапия) и лимфотропную антибиотикотерапию. Применение метода обосновано экспериментальными исследованиями на животных, с моделью огнестрельной раны конечности, использованием электронной микроскопии, а так же изучением фармакокинетики антибиотиков[2].

Результаты исследования и обсуждение. В Республике Узбекистан, согласно ПП № 2107 от 10.11.98 г., создана современная, система экстренной медицинской помощи, обеспечивающая оказание квалифицированной и специализированной неотложной медицинской помощи в течении «золотого часа» практически в любом регионе страны. Во главе системы работает Республиканский научный центр ЭМП в г.Ташкенте, в его подчинении находятся 14 областных филиалов и 174 субфилиала (отделения ЭМП в каждом районе республики). Объединение в систему службы «103», санитарной авиации, бригад быстрого реагирования и складов ЧС, придало системе завершенность и возможность быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях различного генеза. Подавляющему числу пострадавших оказана медицинская помощь в первые 3 часа после ранения. Первую медицинскую и квалифицированную медицинскую помощь в эти сроки получили практически все обратившиеся и доставленные машинами «103». Специализированная медицинская помощь в первые 3 часа оказана 78,2% пострадавшим. Санитарным транспортом «103» доставлено 23% раненных. Возможность быстрой доставки раненых, в условия города и населенных пунктов, на этап квалифицированной и специализированной медицинской помощи, позволяет усовершенствовать подходы лечебной тактики при огнестрельных повреждениях конечностей. Ранняя первичная хирургическая обработка, использование ранней патогенетически обоснованной рациональной лимфотропной антибиотикотерапии, с региональной стимуляцией лимфатического дренажа, позволила у 66% раненых, наложение первичного шва. Другой особенностью первичной хирургической обработки, в условиях военно-городской хирургии, является возможность использования раннего микрохирургического и реконструктивно-восстановительного подхода при повреждении магистральных сосудов, периферических нервов и сухожилий. Ампутация конечностей произведена в двух случаях (3%), в 3 случае в связи с необратимой ишемией, в 2-х - в связи с гангреной. При ранениях конечностей с переломами костей, в условиях военно-городской хирургии, у 82% раненых использовали концепцию «сберегательной» ПХО огнестрельных переломов. Особенностью лечения раненых с множественными и сочетанными повреждениями, в условиях многопрофильного стационара, является возможность использования тактики «orthopedic damage control». Лечение пострадавших с гнойно-септическими осложнениями ранений в условиях города обеспечивает изоляцию раненых и участие специалиста по гнойно-септической хирургии.

Заклучение. Оказание ранней специализированной медицинской помощи наряду с использованием региональной лимфотропной терапии, способствовало, снижению частоты, нагноения п/о ран до 6% в основной группе, против 12,7% в контрольной, остеомиелита до 7,3% и 11,4% соответственно, сепсиса - 3,5% и 5,7% соответственно, ампутаций конечностей до 3%.

## **СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА, РОЖДЁННЫЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Джураев М.Г.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Корь – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, воспалением верхних дыхательных путей, слизистых оболочек глаз, полости рта, красными крупными пятнистыми высыпаниями на коже.

По данным Всемирной организации здравоохранения, эпидемиологическая ситуация по кори в мире и в Европейском регионе ухудшилась в 2023 году из-за накопления непривитых детей из-за количества детей, отказавшихся от прививки, а также из-за карантинных ограничений во время пандемии COVID-19. Выявлено, что по состоянию на июль 2023 года в странах Центральной Азии, в том числе в Узбекистане, в вирусологическую лабораторию направлены образцы крови 306 больных с подозрением на корь, у которых в дальнейшем был подтверждён диагноз кори.

По данным ВОЗ, эпидемиологическая ситуация по кори во всем мире и в Европе остается сложной.

Цель исследования - изучить особенности течения кори у детей до года, рожденных с помощью кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 30 новорожденными, поступившими с корью в отделение острых воздушных инфекций Андижанской областной инфекционной больницы. Из них – с направительным диагнозом корь инфекция - 17 детей, корь с гипертемическим синдромом – у 7 детей, у остальных 6 детей была диагностирована корь инфекция с осложнением пневмонии, которые появились на свет путём кесарева сечения. У всех детей выявлено влияние неблагоприятных факторов в анти - и интранатальном периодах развития. Токсикоз беременности отмечен у 27 матерей, заболевания (ТОРЧ) вирусной этиологии - у 15, анемия - у 25, длительный обезвоженный период – у 14, асфиксия при родах - у 8.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что возбудителем заболевания является вирус. Когда больной кашляет, чихает, разговаривает, вирус попадает в воздух через мелкие капельки слюны, а затем через дыхательные пути попадает в организм здорового ребенка. Не следует забывать, что кори восприимчивы все люди. После перенесенного заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет. В клинике заболевания выделяют 4 стадии. Латентный период составляет 6-18 дней. Продромальный период длится 3-4 дня после инкубационного периода. Заболевание начинается остро, повышается температура тела, у больного появляется сухой кашель, грипп, глаза красные и слезящиеся, осиплость голоса, появляется светобоязнь. В этот

период за 2-3 дня до появления сыпи на слизистой оболочке щёк появляются мелкие белёсые пятнышки, окружённые узкой красной каймой. Сыпь исчезает через 1-2 дня. На слизистой оболочке мягкого и твёрдого неба появляются энантемные мелкие красные пятна. Естественно, у ребенка развивается слабость, он становится капризным, теряет сон, аппетит, у него может развиваться понос.

У 6 детей до года, находившихся под нашим наблюдением и родившихся с помощью кесарева сечения, корь осложнилась. В продромальном периоде заболевания наблюдались головная боль, рвота, носовые кровотечения, боли в животе. В период высыпаний у больных температура нормализовалась, горло было красным, а к 4-му дню появилась характерная красная крупная сыпь, которая через несколько часов распространилась на все лицо. На второй день сыпь распространилась на всё тело, руки и ноги. Было замечено, что сыпь не была эпизодической, а была постоянной. Через 6-7 дней сыпь на лице начинала темнеть и превращаться в коричневые пятна. Сохранились такие осложнения, как пневмония (воспаление легких), отек горла, воспаление среднего уха (отит), кишечные заболевания. Особенно опасна корь для детей до года, рожденных путем кесарева сечения, а также для детей других возрастов. По этой причине им следует быть очень осторожными при контакте с больными корью.

Также следует отметить, что если наши дети будут привиты от этих заболеваний, любые осложнения, неприятные ситуации будут исключены.

Выводы. Было выявлено, что у детей, рожденных путем кесарева сечения, продромальный период заболевания удлиняется, часты тяжелые осложнения, как инфекция среднего уха, пневмония, боль в горле, неравномерная стойкая сыпь, диарея и даже энцефалит (воспаление головного мозга). Кроме того, осложнения чаще встречаются у недоношенных маленьких детей, особенно у детей с дефицитом витамина А или низким иммунитетом. Назначение антибиотиков, выбор дозы и кратности введения проводились строго обоснованно. По сравнению с детьми, рожденными естественным путём, малыши, появившиеся на свет с помощью кесарева сечения, имеют: более высокий риск развития заболеваний ЦНС, особенностей в развитии, сниженный иммунитет, дефицит полезных бифидобактерий в кишечнике.

## **ПРОПОФОЛ-КЕТАМИ НОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.**

**Ибрагимов А.А., Мардонов.М.М.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Цель исследования: изучить клиническое течение поликомпонентной анестезии на основе смеси кетамина и пропофола (Кетафол) при анестезиологическом обеспечении абдоминальных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Обследовано 84 больных, оперированных по поводу абдоминальной хирургической патологии (холецистэктомия, папиллосфинктеротомия, послеоперационные вентральные грыжи, операции при перитонитах). Возраст пациентов от 45 до 80 лет. Степень анестезиологического риска II-IV балла по шкале ASA. Продолжительность хирургических вмешательств от 45 до 180 минут. Индукция

в анестезию осуществлялась последовательным введением бензодиазепина (10мг), фентанила (100мг), смесью кетамина и пропофола в одном шприце в соотношении 1:1 (по 1-1,5 мг/кг каждого из препарата). После интубации трахеи – ИВЛ кислородно-воздушной смесью с  $FiO_2 = 0.4\%$ . Анестезию поддерживали болюсным введением смеси «кетафола» в одном шприце в соотношении 1:1 в дозе 4-6 мл с интервалами 10-20 минут. Интраоперационную релаксацию осуществляли ардуаном в начальной дозе 0,06 мг/кг. Введение смеси «кетафол» прекращали за 10-20 минут до окончания операции. Во время операции проводили мониторинг ЭКГ, параметров системной гемодинамики,  $SpO_2$ , контроль температуры тела и диуреза.

Результаты. Клиническое течение анестезии определялось взаимодействием гипнотика пропофола и мощного анальгетика кетамина. Состояние интраоперационной гемодинамики характеризовалось тенденцией к умеренному снижению систолического и диастолического АД (в пределах 5-8% от исходных значений) и умеренному урежению ЧСС (ЧСС в пределах 64-84 уд в минуту). Наличие кетамина в смеси позволило существенно снизить расход фентанила, возможно вследствие подавления активации NMDA рецепторов. Средний расход кетамина и пропофола составил по 1,64 мг/кг/час, фентанил 0,62 мг/кг/час, ардуан 0,470мг/кг/час. Снижение АД отмечали после каждого введения смеси, оно продолжалось около 10 минут, что совпало с продолжительностью действия каждого из препаратов. Данный феномен явился ориентиром для введения поддерживающих доз смеси. Тенденция к снижению АД после введения смеси, на наш взгляд, объясняется тем, что оба препарата и кетамин, и пропофол являются мощными общими анестетиками, способными вызвать нейровегетативную блокаду (НВБ). Вероятно, наложение НВБ индуцированный каждым из препаратов и приводило к снижению АД. Косвенным свидетелем адекватности анестезиологической защиты явился средний расход ардуана, который не превышал 0,04мг/кг/час, а также темп диуреза, который составлял 100-150 мл/час. Нарушений сердечного ритма в ходе операции не отмечено. Выход из анестезии был быстрым, время от окончания операции до экстубации не превышало 5 минут. При этом больные вступали в контакт, были ориентированы в пространстве и во времени. Психотических реакций за исключением легкой эйфории не отмечалось. Продления ИВЛ продолжительностью 10-20 мин понадобилось 8 больным. Для обезболивания в 1-е сутки после операции требовалось всего однократное введение 10 мг кетафола.

Заключение. Смесь кетамин-пропофола по данным литературы, применяется в отделениях интенсивной терапии в качестве средства седации и аналгезии, а также для обеспечения непродолжительных малотравматичных операций. Работ, посвященных применению этой смеси для обеспечения травматичных продолжительных операций мы в доступной литературе не встретили. Результаты исследования показали, что поликомпонентная анестезии на основе смеси кетамин-пропофола (кетафол) явилось эффективным и безопасным вариантом анестезиологической защиты в абдоминальной хирургии.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОЗВОНОЧНИКЕ**

**Ибрагимов А.И., Норов А.У., Юлдашев Р.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии**

**Бухарский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Оценить эффективность использования радиочастотной абляции (РЧА) спинальных ганглиев в сравнении с эпидуральной блокадой (ЭБ) для лечения корешкового болевого синдрома после хирургических вмешательств, направленных на лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы: Исследование базируется на анализе данных 102 пациентов с синдромом послеоперационного позвоночника. Возраст участников колебался от 17 до 72 лет, среди которых 47 мужчин и 55 женщин. Всем пациентам был диагностирован синдром неудачно оперированного позвоночника (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS). Участники были разделены на две группы: Основная группа (n=52) получала комплексное лечение, включающее радиочастотную абляцию (РЧА) спинальных ганглиев. Контрольная группа (n=50) проходила традиционное лечение в сочетании с сакральными эпидуральными блокадами. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а качество жизни измерялось по шкале Освестри. Клиническая картина: У 25 (24,5%) пациентов наблюдался вертеброгенный болевой синдром, характеризующийся хроническими болями в пояснице с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника. Корешковый болевой синдром был зафиксирован у 16 (15,6%) пациентов с болями различной интенсивности вдоль пораженного корешка. У 61 (59,9%) пациента с хроническими болями в пояснице, сочетанными с корешковыми болями, был отмечен смешанный тип болевого синдрома. В зависимости от типа клинического синдрома, пациентам основной группы была проведена радиочастотная абляция: импульсная (ИРЧА) или термальная (РЧД).

Пациентам с вертебральным синдромом выполнялась термальная РЧД фасеточных суставов пораженного уровня с обеих сторон. Пациентам с корешковым синдромом проводилась ИРЧА "больного" корешка. Пациентам со смешанным (вертеброрадикулярным) синдромом выполнялась РЧД фасеточных суставов и ИРЧА корешков.

Результаты: Эффективность лечения оценивалась с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и индекса инвалидности Oswestry (ODI). В основной группе хороший результат был достигнут у 31 (59,6%) пациента, тогда как в контрольной группе — у 25 (50%) пациентов. Удовлетворительные результаты наблюдались у 18 (34,6%) пациентов основной группы и у 19 (38%) пациентов контрольной группы. Неудовлетворительные исходы были зафиксированы у 3 (5,8%) пациентов в основной группе и у 5 (10%) пациентов в контрольной группе.

Заключение: На основании результатов данного исследования можно сделать вывод о том, что импульсная радиочастотная абляция (ИРЧА) является эффективной и безопасной методикой для лечения корешкового болевого синдрома после оперативного вмешательства, при условии отсутствия хирургически значимых

субстратов компрессии. Сравнение показало, что ИРЧА обладает более высокой эффективностью в сравнении с эпидуральной блокадой, что подтверждается статистически значимыми различиями в количестве пациентов, достигших удовлетворительных результатов.

## **СТРУКТУРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН.**

**Иванов Н.В.1,2, Медведева Е.В.1, Юсупова Ш.К.2**

**1 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ России, Санкт-Петербург, Россия;**

**2 Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Андрогенная алопеция у женщин чаще рассматривается как одно из проявлений «вирильного синдрома», связанного с избытком продукции андрогенов. Так алопеция по мужскому типу в наших наблюдениях сопровождалась гирсутизмом, клиторомегалией, барифонией, ростом мышечной ткани, повышенным либидо, уменьшением размеров молочных желез, аномальными маточными кровотечениями. К заболеваниям, сопровождающихся алопецией по мужскому типу относятся: синдром поликистозных яичников, стромальный текоматоз, врожденная дисфункция коры надпочечников (даже стертые формы), опухоли яичников, продуцирующие андрогены и адренокортикальный рак. Потеря волос у женщин приводит к повышению тревожности, развитию депрессии, снижению самооценки и существенно ухудшает качество жизни.

Цели и задачи. Изучить структуру заболеваний эндокринной системы у женщин с андрогенной алопецией и разработать патогенетические методы лечения.

Материалы и методы. В исследование было включено 65 женщин с андрогенной алопецией. Средний возраст составил 48 лет. У 23% обследованных женщин была менопауза. 23 женщины обследовались с диагнозом идиопатической андрогенной алопеции. 12 женщин имели диагноз врожденная дисфункция коры надпочечников и дефицит 21-гидроксилазы. 5 женщин имели стромальный текоматоз. У 15 – был диагностирован синдром поликистозных яичников.

Результаты. Патогенетическая терапия основного эндокринного заболевания приводила или к уменьшению, или к полному излечению алопеции. При стромальном текоматозе мы обнаружили положительное влияние агонистов рецепторов гонадолиберина на течение андрогенной алопеции. Данная терапия приводила к значимому снижению уровня тестостерона и дигидротестостерона. В терапии синдрома поликистозных яичников высокую эффективность показал антиандроген – ципротерон. Лечение сопровождалось снижением уровня андрогенов в крови и улучшением течения алопеции. При врожденной дисфункции коры надпочечников лечение дексаметазоном не показало эффективности, хотя и приводило к снижению уровня андрогенов в крови. У женщин с идиопатической андрогенной алопецией эффективность была выявлена в группе терапии ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы.

Выводы. Таким образом терапия алопеции представляет собой решаемую задачу в практическом звене здравоохранения первичной медицинской помощи и требуется подключению к диагностическому и лечебному процессу врача-эндокринолога. У женщин в группе идиопатической андрогенной алопеции на фоне терапии

ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы достигнуты положительные результаты лечения без риска развития аномальных маточных кровотечений.

## **СТРУКТУРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Иванов Н.В.1,2, Медведева Е.В.1, Хромова Е.А.1, Юсупова Ш.К.2, Иорданишвили А.К.3, 4**

**1 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ России, Санкт-Петербург**

**2 Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.**

**3 Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Санкт-Петербург**

**4 Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург**

Актуальность. Сахарный диабет (СД) 2 типа представляет сложную и актуальную медицинскую проблему, так как развиваясь у молодых мужчин и женщин, приводит к развитию множественных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. Считается, что в большинстве случаев у пациентов с СД на первое место выходят именно микро-, макрососудистые осложнения и полинейропатия. Однако стоматологические осложнения встречаются чаще чем предполагалось ранее и представляют огромную медицинскую проблему, так как приводят к усугублению течения самого СД и снижают эффективность сахароснижающей терапии. Однако стоматологическому здоровью пациентов с СД уделяете недостаточно внимания.

Цели и задачи. Изучить структуру стоматологических заболеваний у пациентов с СД 2 типа и разработать патогенетические методы лечения.

Материалы и методы. В обследуемой группе пациентов с СД (n=86, средний возраст 58 лет, 44 мужчины и 42 женщины) стоматологические заболевания были выявлены врачом-стоматологом и наблюдение, и подбор терапии проводился совместно с эндокринологом. Диагностические тесты специфические для выявления стоматологических заболеваний проводились врачами-гигиенистами, мукологами, пародонтологами. С целью лечения стоматологических осложнений СД мы использовали патогенетический подход. В нашем исследовании потребовалось лекарственное лечение ксеростомии и проведение профессиональной стоматологической гигиены, а также обучения методам профилактики – личной стоматологической гигиены. Контрольная группа состояла из мужчин и женщин паритетного возраста (n=20).

Результаты. Во обследуемых группах было выявлено высокая частота стоматологических заболеваний, как в группе контроля (42%), так и в группе лиц с СД 2 типа (86%). Это ксеростомия (72%), множественный кариес (23%), галитоз (25%), пародонтит (65%), гингивит (35%), стоматит (12%). Отдельную группу в нашем исследовании составили пациенты с предраковыми заболеваниями слизистой ротовой полости (6%), требующие углубленного стоматологического и онкологического обследования. В ходе исследования было выявлено что есть корреляция со степенью декомпенсации СД и частотой развития стоматологических осложнений. Основная группа пациентов имели сочетания нескольких заболеваний одновременно. Наиболее часто встречалось сочетание ксеростомии и галитоза (34%), ксеростомии, галитоза и пародонтита (24%). Поскольку наиболее часто встречается сочетание ксеростомии с

другим стоматологическими осложнениями мы всем пациентам в качестве базовой терапии назначали увлажняющие зубные пасты и препараты искусственной слюны.

Выводы. Таким образом СД 2 типа является независимым фактором риска развития стоматологических заболеваний. С наибольшей частотой встречается ксеростомия смешанной этиологии (лекарственной и нейропатической). Наилучшие результаты лечения стоматологических заболеваний достигнуты в группе пациентов, где для лечения применялись зубные пасты с увлажнением и средства личной и профессиональной стоматологической гигиены.

## **ЗАПРОСЫ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

**Иванов Н.В., Выходцев С.В., Юсупова Ш.К., Федорова А.И.  
Андижанский государственный медицинский институт Северо-западный  
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова**

Целью исследования явилась оценка характера запросов на оказание медицинской и психологической помощи при обращении пациентов с нарушениями формирования пола (НФП). Заболевания, связанные с нарушением развития половых желез, встречаются не так часто. Однако тот факт, что такие расстройства нередко сопровождаются анатомическими изменениями половых органов, создает в дальнейшем немалые сложности в будущей жизни взрослого человека, затрагивая значимые сферы его жизни – создание семьи, интимная жизнь, вопросы репродукции. Опыт показывает, что ранняя диагностика и оказание медицинской и психологической помощи людям с НФП должна проводиться на основании мультидисциплинарного и биопсихосоциального подхода.

Материал и методы исследования. За время работы с людьми с НФП всего было консультировано 262 взрослых пациента. Среди диагнозов, выставленных больным, были: синдром Клайнфельтера – 126 человек (47,XXY, фенотип мужской), синдром Шеришевского-Тернера – 63 пациента (45,X0, фенотип женский), синдром «тестикулярной феминизации» - 18 человек (46,XY, фенотип женский), врожденная дисфункция коры надпочечников – 16 пациентов (фенотип мужской или женский), синдром Рейфенштейна - 12 человек (частичная нечувствительность к андрогенам, 46,XY, фенотип женский), де ля Шапелль – 12 человек (46,XX SRY (+), фенотип мужской), синдром Свайера – 9 пациентов (46,XY, фенотип женский), синдром Рокитанского-Кюстера – 6 человек (46,XX, фенотип женский). Пациенты проходили кариотипирование, молекулярную генетическую диагностику и были консультированы врачом-генетиком. У больных оценивали показатели системы гипофиз – гонады (метод ИФА и РИА), спермограммы (по запросу), определяли характер и стадию полового развития по специальным шкалам (Таннера, Прадера, Сеннекера). По показаниям назначались УЗИ или МРТ. По запросу также выполняли консультацию гинеколога или уролога с оценкой состояния наружных и внутренних половых органов, а также врача-сексолога (психотерапевта) и клинического психолога.

Результаты исследования. Запросами в отношении медицинской помощи со стороны людей с НФП были нарушения менструального цикла, бесплодие, хронические воспалительные и невоспалительные заболевания органов мочеполовой системы, различные аномалии развития половых органов, а также сексуальные нарушения, в том числе обусловленные деформациями гениталий. Среди проблем

психической и психологической сферы отмечались различные зависимости (алкогольная, наркотическая, абьюзивные отношения, рискованное сексуальное поведение), аффективные расстройства (тревога, депрессии), низкая самооценка, проблемное отношение к своему телу (в том числе дисморфофобия), сомнения в своей идентичности (пол, поведение), проблемы социализации и выстраивания отношений с людьми, семейные конфликты, социальная стигматизация.

Вывод. Запросы на оказание медицинской и психологической помощи от людей с НФП охватывают широкий круг проблем, среди которых не только состояние физического и психического здоровья, но и психологические сложности, затрагивающие значимые сферы личности пациента. Консультативный опыт работы с такими пациентами обнажил важную проблему: дефицит знаний врачей о заболеваниях, связанных с НФП, а также о тех проблемах, с которыми сталкиваются в своей жизни такие люди. Как оказывается, многие из этих проблем связаны с социальной стигматизацией, в том числе в медицинских кругах, а также с аутистической стигматизацией. Таким образом, важным становится вопрос обучения врачей диагностике и различным методам оказания помощи людям с НФП. Такая помощь должна осуществляться мультидисциплинарной командой подготовленных специалистов с целью интеграции генетических, гормональных, психосоциальных и этических аспектов заболеваний, связанных с нарушением формирования пола.

## **СТРУКТУРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН.**

**Иванов Н.В.1,2, Медведева Е.В.1, Юсупова Ш.К.2**

**1 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ России, Санкт-Петербург, Россия;**

**2 Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Андрогенная алопеция у мужчин представляет сложную и актуальную медицинскую проблему, так как развиваясь у молодых мужчин, приводит к дистрессу, тревожно-депрессивным расстройствам, снижению самооценки и целому ряду психологических проблем. Считается, что в большинстве случаев у мужчин выявляется идиопатическая алопеция по мужскому типу, что сопровождается лишь небольшим повышением уровня дигидротестостерона в крови и в коже волосистой части головы. Заболевания, сопровождающиеся повышенной продукцией андрогенов у мужчин, представляют огромную медицинскую проблему, так как мужчина в норме обладает достаточно высоким уровнем андрогенов в крови и выраженной вирилизацией. Однако проявлением андроген-продуцирующие состояния у мужчин является алопеция.

Цели и задачи. Изучить структуру заболеваний эндокринной системы у мужчин с андрогенной алопецией и разработать патогенетические методы лечения.

Материалы и методы. В обследуемой группе мужчин (n=86, средний возраст 38 лет) было выявлено несколько важнейших заболеваний, сопровождающихся потерей волос. Это андроген-продуцирующие опухоли полового тяжа (n=12), развивающиеся в яичках (лейдигома), врожденная дисфункция коры надпочечников, включая стёртые формы дефицита 21-гидроксилазы и 11 $\beta$ -гидроксилазы (n=28), аденокортикальный рак (n=4). Отдельную группу в нашем исследовании составили мужчины без заболеваний желез внутренней секреции, но имеющие повышенный уровень белка, связывающего

половые гормоны (n=12). Повышение глобулина в крови приводит к достаточно значимому повышению фракции общего тестостерона (при нормальной концентрации свободной фракции тестостерона в крови), что сопровождается развитием андрогенной алопеции у мужчин. Основная группа мужчин (n=30) не имели состояний, сопровождающихся повышенной продукцией тестостерона или иных андрогенов, но у них имелась андрогенная алопеция. С целью лечения алопеции мы использовали патогенетический подход. В нашем исследовании потребовалось оперативное удаление опухоли яичек (орхидектомия) или надпочечников (адреналэктомия). При врожденной гиперплазии коры надпочечников использовалось назначение дексаметазона. При избыточной продукции глобулина, связывающего половые гормоны, нами проводилась терапия гепатопротекторами. В группе мужчин с алопецией, но нормальным уровнем тестостерона в крови, проводилось лечение ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы (финастерид). Контрольную группу составили мужчины паритетного возраста без андрогенной или иной формы алопеции.

**Результаты.** Во всех обследуемых группах было выявлено повышение уровня дигидротестостерона в крови по сравнению с группой здоровых мужчин. В группе опухолей яичек или надпочечников после их удаления проявления алопеции у мужчин уменьшились, но полного восстановления волосяного покрова головы не происходило. Использование дексаметазона у мужчин с дисфункцией коры надпочечников не принесло значимых результатов и проявления алопеции сохранились, хотя наблюдалось снижение уровня дигидротестостерона в крови. Терапия гепатопротекторами в группе мужчин с высоким уровнем глобулина, связывающего гормоны приводило к снижению уровня общего тестостерона и дигидротестостерона в крови и уменьшению проявлений алопеции. Лечение ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы показало себя достаточно эффективным в случае идиопатической андрогенной алопеции.

**Выводы.** Таким образом терапия андрогенной алопеции у мужчин должно носить патогенетический характер и обязательно включать предварительное обследование и наблюдение врача-эндокринолога. Наилучшие результаты лечения достигнуты в группе идиопатической андрогенной алопеции на фоне терапии ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы.

## **ОЦЕНКА СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ БИОКРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ**

**Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Применения кристаллографического метода исследования для диагностики и дальнейшего прогнозирования прогрессирования миопии. В офтальмологии используется метод кристаллографии слезной жидкости, который позволяет дифференцировать больных с патологией слезоотводящей системы, глаукоматозной оптической нейропатией, онкологическими и воспалительными заболеваниями органа зрения. Используя такие критерии, как формы, количество, площадь пластинчатых структур при дегидратации слезной и внутриглазной жидкостей, диагностируют поздние стадии глаукомы.

В слезной жидкости соотношение органических и неорганических веществ определяется в равных пропорциях, но у больных с миопией происходит нарушение физико-химических свойств слезной жидкости, что отражается на расположении

кристаллов. Кристаллография является информативным методом, позволяющим как диагностировать патологический процесс в ранней стадии, так и вести динамическое наблюдение за течением процесса, т.е. является информативным методом ранней диагностики прогрессирования миопического процесса.

Цель исследования

Изучение возможности применения кристаллографического исследования слезной жидкости для прогнозирования прогрессирования миопии.

Материалы и методы

Результаты обследования 140 (280 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с различной степенью миопии, находившихся на лечении в отделении глазных болезней клиники Андижанского государственного медицинского института. Средний возраст составил  $25 \pm 1,2$  года. Для сравнения была взята контрольная группа из 100 пациентов (200 глаз) с эмметропией и гиперметропией слабой и средней степени. Из исследования были исключены дети с гиперметропией или астигматизмом, а также пациенты, страдающие другой патологией органа зрения любого генеза.

Среди обследованных пациентов, больные с приобретенной миопией составили 84,3%, с врожденной 15,7%. Их всех обследуемых больных в 85 (61%) случаях наблюдалась прогрессирующая миопия и в 55(39%) случаях со стационарной. Распределение больных в зависимости от степени миопии, показало, что слабая степень миопии встречалась в 81 (29 %), средняя 107(38%) и высокая в 92 (33%) случаях соответственно (рис.1.).

Общепринятое офтальмологическое обследование у всех пациентов включало как стандартные методики, так и специальные аппаратные методы исследования. А именно, наряду с визиометрией, офтальмоскопией, скиаскопией, биомикроскопией, офтальмотонометрией и периметрией, всем детям были выполнены авторефрактометрия, эхобиометрия (А-скан).

Забор слезной жидкости осуществляли стерильной пипеткой. Слезу переносили на предварительно обезжиренное предметное стекло. Высушивали при температуре  $+26^{\circ}\text{C}$ , при комнатной температуре. Осмотр микропрепарата проводился на световом микроскопе, в поляризованном и темном поле при увеличении в 10x20 (200) и 10x40 (400) раз. Анализ кристаллографической картины (КГК) состоял в определении всех типов кристаллов, присутствующих в препарате с выделением преобладающего типа и определении соотношения двух частей слезной жидкости: краевой белковой и основной солевой частей.

В ходе исследований кристаллограмм выделены 4 преобладающих типа кристаллов:

1 тип – отдельные, изогнутые «ветки папоротника» с лучами I-IV порядка, не исходящими из единого центра.

2 тип – крестообразные кристаллы с четкими длинными лучами IV порядка, в их центре может содержаться четырехгранный кристалл.

3 тип – крупные звездчатые кристаллы, состоящие из 5-8 лучей различного порядка, которые могут сильно различаться по длине. В центре может содержаться четырехгранный кристалл.

4 тип – небольшие звездчатые кристаллы (в виде пяти- или шестигранника) с лучами I-II порядка, исходящими из одного центра, расположены плотно, бывают обрамлены четкой, тонкой каймой.

Забор СЖ осуществляли стерильной пипеткой. Слезу переносили на предварительно обезжиренное предметное стекло. Высушивали при температуре  $+26^{\circ}\text{C}$ , т.е при комнатной температуре. Осмотр микропрепарата проводился на световом

микроскопе, в поляризованном и темном поле при увеличении в 10x20 (200) и 10x40 (400)раз. Анализ кристаллографической картины (КГК) состоял в определении всех типов кристаллов, присутствующих в препарате с выделением преобладающего типа и определении соотношения двух частей СЖ: краевой белковой и основной солевой частей.

Результаты исследования.

Нами изучались кристаллография у 140 больных с миопией различной степени. Группу контроля составили 100 (200 глаз) практически здоровых лиц.

При изучении микропрепарата выяснилось, что высушенная капля СЖ здорового человека отчетливо делится на 3 части или зоны кристаллизации; 1.периферическая (аморфная зона), 2.промежуточная и 3.центральная.

Исследование кристаллограммы у больных с миопией слабой и средней степени показало, что краевая зона имеет четкие границы, солевые структуры представлены плотно прилегающими друг к другу, при этом в основном преобладают кристаллы I и II типов.

При обследовании больных с миопией слабой степени (81 глаз), определялось четкое разделение на три зоны, но при этом краевая зона была в два раза шире промежуточной, появление этих зон свидетельствует о начале нарушения физико-химических свойств слезы (рис.4). При стационарной миопии средней степени (83 глаза) ширина краевой белковой и промежуточной зоны почти равна, но в некоторых случаях наблюдается проникновение солей в белковую зону.

У пациентов со стационарной миопией высокой степени (6 глаз) отмечаются образования промежуточной зоны, проникновение солевых структур в белковую зону, что говорит об дисгармонии в структуре белков и солей, кристаллы плотно прилегают друг к другу и сохраняется однородный рисунок.

У больных с прогрессирующей миопией средней степени (24 глаза) кристаллы хаотично расположены без каких – либо зон полярности, рисунок неоднородно размыт, в краевой зоне появляются клиновидные включения (рис.6). При прогрессирующей миопии высокой степени (86 глаз) отмечается появление в краевой зоне фасции клиновидных включений, часть которых сращена со структурами промежуточной зоны. В центральной зоне кристаллы расположены хаотично, рисунок неоднородный и размытый.

Вывод

По данным кристаллографии у больных с прогрессирующей миопией средней степени кристаллы хаотично расположены без каких – либо зон полярности, рисунок неоднородно размыт, в краевой зоне появляются клиновидные включения. При прогрессирующей миопии высокой степени отмечается появление в краевой зоне фасции клиновидных включений, часть которых сращена со структурами промежуточной зоны. В центральной зоне кристаллы расположены хаотично, рисунок неоднородный и размытый. Таким образом, с развитием миопии в кристаллограмме слезной жидкости отмечается дисгармония системы солей и белка, а при прогрессировании процесса появление специфичных клиновидных включений, сращенных с промежуточной зоной.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ

Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.  
Андижанский государственный медицинский институт

Миопия является заболеванием органа зрения, который характеризуется высокой распространенностью среди населения Узбекистана. Миопия занимает второе место среди болезней глаз, имеющих наибольшее медико-социальное значение.

Цель исследования

Определение роли микроэлементного состава крови в развитие и прогрессирование миопии путем сравнительного исследования содержания микроэлементов в сыворотке крови и их экскреции у пациентов с миопией и эметропией.

Материалы и методы

Обследовано 94 (188 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с различной степенью миопии, из них 37 мужчин и 57 женщин. Общепринятое офтальмологическое обследование у всех пациентов включало как стандартные методики, так и специальные аппаратные методы исследования. Биохимический анализ крови на микроэлементы проводились колориметрическим методом. В работе представлены результаты обследования 94 (188 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с различной степенью миопии, из них 37 мужчин и 57 женщин. Из всех обследуемых больных в 85 (91%) случаях наблюдалась прогрессирующая миопия. Общепринятое офтальмологическое обследование у всех пациентов включало как стандартные методики, так и специальные аппаратные методы исследования. А именно, наряду с визиометрией, офтальмоскопией, скиаскопией, биомикроскопией, офтальмотонометрией и периметрией, всем детям были выполнены авторефрактометрия, эхобиометрия (А-скан).

Биохимический анализ крови на микроэлементы проводились колориметрическим методом в Центральной научно-исследовательской лаборатории АГМИ. Определение содержания микроэлементов в сыворотке крови проводилось с помощью атомно-эмиссионного спектрального анализа. Микроэлементный анализ проводился с использованием гамма-спектрометрической аппаратуры. В пробах СЖ определяли содержание общего белка по методу М.М. Bradford. Уровень 25-гидрокси-холекальциферола 25(OH)D определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах оценивали содержание 25(OH)D в сыворотке крови. Результаты исследования.

По данным проведенных исследований выявлена разница в микроэлементном составе крови у пациентов с эметропией и у пациентов с миопией различной степени. Так, у пациентов с миопией слабой степени не отмечено достоверной разницы в содержании в крови ионов Fe, Cu, Ca и Zn по сравнению с содержанием этих микроэлементов у пациентов с эметропией. При миопии средней и высокой степени наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эметропией. Их средние показатели составили соответственно  $17,3 \pm 1,6$ ;  $12,7 \pm 1,5$ ;  $1,85 \pm 0,2$  ммоль/л; в контрольной группе их уровень соответственно составил  $21,3 \pm 1,2$ ;  $19,9 \pm 1,5$ ;  $2,4 \pm 0,8$  ммоль/л. Уровни общего и ионизированного кальция, а также неорганического фосфора в сыворотке крови и их выведение с мочой позволяют оценить обеспеченность процессов насыщения опорных тканей организма (соединительной ткани) солями кальция и фосфорной кислотой.

Снижение содержания в сыворотке крови общего и ионизированного кальция, фосфора при одновременном снижении экскреции кальция и повышении экскреции фосфора с мочой свидетельствуют о недостаточном насыщении опорных тканей солями кальция и фосфорной кислотой, тогда как повышение уровней общего и ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови, экскреции кальция, понижении экскреции фосфора - о повышенном насыщении.

Результаты проведенных исследований показали, что не только уровень Са в сыворотке крови ( $1,85 \pm 0,2$ ), но и экскреция Са ( $2,3 \pm 0,6$  ммоль/л) с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже в сравнении с показателями в группе контроля ( $2,4 \pm 0,8$  и  $5,5 \pm 1,4$  ммоль/л соответственно). Все это свидетельствует о недостаточном насыщении ими опорных тканей организма. Кроме того, выявлено достоверное снижение этих показателей при прогрессирующей миопии.

#### **Вывод**

Таким образом, при оценке микроэлементного состава крови у пациентов с миопией выявлено снижение содержание ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), а содержание ионов цинка (Zn), наоборот, было повышено. При миопии средней и высокой степени наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эмметропией. Анализ результатов проведенных исследований показал, что не только уровень Са в сыворотке крови, но и экскреция Са с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже по сравнению с показателями группы контроля, что свидетельствуют о недостаточном насыщении ими опорных тканей организма.

## **ВЛИЯНИЕ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Близорукость - это нарушение зрения, при котором изображение формируется не на сетчатке глаза, а перед ней, в профессиональной медицинской терминологии называется миопия. Одним из факторов развития и прогрессирования миопии является дисбаланс вегетативной нервной системы, которая играет существенную роль в процессах адаптации, а также в развитии соединительной ткани. Ряд авторов отмечают, что при диспластическом синдроме у детей и подростков наблюдается дисбаланс ВНС, чаще всего симпатикотония, в то время как у здоровых чаще встречается эйтония. При исследовании ВНС у детей с близорукостью и дисплазией соединительной ткани было обнаружено, что такие пациенты имеют неудовлетворительные адаптивные резервы с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системой.

#### **Цель исследования**

Исследование функции аккомодационного аппарата глаза в зависимости от тонуса ВНС и определить степень валидности вегетативного индекса Кердо при миопии у детей.

#### **Материал и методы исследования**

В исследовании представлены результаты обследования 143 детей и подростков с различной степенью миопии в возрасте 7-18 лет, находившихся на лечении в отделении глазных болезней Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра в период с 2019 г. по 2023 г. По данным наших наблюдений имело место преобладание девочек над мальчиками. Обследованы мальчики - 55

(38,5%), девочки - 88 (61,5%). Из исследования были исключены дети с гиперметропией или астигматизмом, а также пациенты, страдающие другой патологией органа зрения любого генеза.

Результаты исследования

Общепринятое офтальмологическое обследование у всех детей включало как стандартные методики, так и специальные аппаратные методы исследования. А именно, наряду с визиометрией, офтальмоскопией, скиаскопией, биомикроскопией, офтальмотонометрией и периметрией, всем детям были выполнены авторефрактометрия, эхобиометрия (А-скан).

При полном вегетативном равновесии (эйтония) индекс близок к нулю; при преобладании симпатических влияний (симпатикотония) значение КІ имеет положительный знак, парасимпатических (ваготония) - отрицательный.

Согласно определенному типу ИВТ все обследованные разделились на 3 группы: нормотоники (30,1%), ваготоники (13,3%) и симпатикотоники (56,6%). В зависимости от полученных результатов индекса Кердо в группе больных с миопией слабой степени (47 детей) распределение было следующим: эйтония выявлялась у 23 (48,9 %) больных, симпатикотония выявлена у 18 (38,2%), менее всего встречался ваготонический тип - у 6 (12,7%) больных. В соответствии с полученными значениями индекса Кердо, при миопии средней степени из 58 эйтония выявлена у 12 школьников (20,6%), симпатикотония у 39 детей (67,2%), ваготония – только у 7 учащихся (12,06%). При исследовании 38 школьников с миопией высокой степени обнаружено также преобладание тонуса симпатической вегетативной нервной системы, которое встречалось в 63,1% (24), в 21 % (8) случаев отмечена эйтония, в остальных 6 (15,7%) случаях наблюдалась ваготония. Необходимо отметить, что ваготонический тип нервной системы преобладал в основном у детей с осложненной миопией, так при не осложненном течении преобладание парасимпатических влияний выявлено у 2 (10,5%) детей. При анализе количества детей с преобладанием парасимпатического влияния ВНС, выявлено, что в этой группе чаще (16 больных- 84,2%) встречались дети с приобретенной миопией различных степеней, тогда как доля детей с врожденной осложненной миопией составляла лишь 15,7% (3 больных). Для врожденной миопии было характерным преобладание детей с эйтонией чаще, чем при приобретенной, соответственно в 76,7% и 23,3% и реже ваготонии (50,6% и 49,4% соответственно).

Вывод

Врожденная миопия характеризуется более низким индивидуальным разбросом значений КІ, чем приобретенная миопия, но и при данной форме миопии увеличение КІ при динамическом наблюдении можно рассматривать как фактор риска ее неблагоприятного (прогрессирующего или осложненного) течения. Поскольку определение индекса Кердо не требует никаких специальных условий или устройств, кроме прибора для определения артериального давления и частоты пульса, динамику этого показателя можно использовать для контроля течения миопии и эффективности проводимой терапии.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТОНУСОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.  
Андижанский государственный медицинский институт

Термин миопия происходит от греческого «μυορς» -щурящий глаза. Близорукость - это нарушение зрения, при котором изображение формируется не на сетчатке глаза, а перед ней, в профессиональной медицинской терминологии называется миопия. На сегодняшний день общепринятой и обоснованной большим количеством исследований следует считать трехфакторную теорию происхождения миопии, которая была сформулирована Э.С. Аветисовым. Согласно этой теории, в механизме происхождения миопии можно выделить два звена: первое – несоответствие между возможностями ослабленного аккомодационного аппарата глаз и зрительной нагрузкой; второе-ослабление прочностных свойств склеры и ее растяжение под влиянием внутриглазного давления.

### Цель исследования

Исследование рефракции и переднезаднего размера глаза у детей с различным тонусом ВНС.

### Материал и методы исследования

В исследовании представлены результаты обследования 143 детей и подростков с различной степенью миопии в возрасте 7-18 лет, находившихся на лечении в отделении глазных болезней Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. Обследованы мальчики - 55 (38,5%), девочки - 88 (61,5%). Наряду с визиометрией, офтальмоскопией, скиаскопией, биомикроскопией, офтальмотонометрией и периметрией, всем детям были выполнены авторефрактометрия, эхобиометрия (А-скан).

### Результаты исследования

Нами исследована динамика рефракции и переднезаднего размера глаза у детей с различным тонусом ВНС. В группе близоруких пациентов развитие миопического процесса в зависимости от состояния тонуса ВНС было оценено у 29 нормотоников, 18 ваготоников и 20 симпатикотоников. За период наблюдения от 1 года до 2 лет было установлено, что близорукость не прогрессировала у 40,3% (27) пациентов с миопией, медленно прогрессировала у 34,3% (23) и быстро - в 25,4% наблюдений (17). Градиент прогрессирования составил в среднем 0,64 (0,75-0,53,  $p < 0,05$ ) дптр в год, а ПЗО увеличился на 0,23 (0,29-0,17,  $p < 0,05$ ) мм, что отражает процесс миопизации.

Наибольшее количество лиц со стабильным течением близорукости выявлено среди симпатикотоников (45,0%), наименьшее - среди ваготоников (33,3%) Кроме того, при ваготонии наблюдался и более высокий процент миопов с быстрым течением заболевания (38,9%), чем в других группах. Градиент прогрессии миопии был обратно пропорционален количеству симпатикотонических знаков ( $r = -0,37$ ,  $p < 0,05$ ) и увеличивался с ростом количества ваготонических знаков ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). При этом во всех трех группах по тону ПЗО увеличилась одинаково в среднем на 0,2 мм. Однако обнаружилось неравномерное усиление рефракции при нормотонии и симпатикотонии на 0,55 (0,39-0,69,  $p < 0,05$ ) и 0,58 (0,37-0,79,  $p < 0,05$ ) дптр в год соответственно, что свидетельствовало о медленном прогрессировании, а при ваготонии на 1,0 (0,8-1,2,  $p < 0,05$ ) дптр в год, т.е. наблюдалось быстрое развитие миопии.

Это подтверждается и наличием наибольшего количества детей с быстрой прогрессией близорукости в группе ваготоников (почти в 2 раза) по сравнению с

нормо- и симпатикотониками. Вместе с тем, увеличение ПЗО на 0,2 мм соответствует усилению рефракции примерно на 0,5 - 0,6 дптр (согласно правилу рост глаза на 1,0 мм сопровождается усилением рефракции на 3,0 дптр), что мы наблюдали при нормо- и симпатикотонии. Однако в группе ваготонии усиление рефракции оказалось более существенным (1,0 дптр). Такое несоответствие величины динамики рефракции и ПЗО при ваготонии указывает, скорее, на преобладание функционального характера миопии, связанного с нарушением аккомодации. Напротив, соответствие динамики рефракции и ПЗО при нормо- и симпатикотонии, возможно, связано с активностью симпатического отдела ВНС, активацией симпатической части цилиарной мышцы и реализацией аккомодации для дали, что позволяет снизить рефракционную составляющую прогрессирования миопического процесса в этих группах.

**Вывод**

Состояние аккомодационной функции у миопов при различном тоне ВНС быстрое прогрессирование миопии при нормотонии наблюдалось в 20,7%, стабилизация в 41,4% случаев, при ваготонии преобладает быстрый характер прогрессирования миопии (38,9%) и стабилизации в 33,3%, при симпатикотонии отмечается быстрое прогрессирование миопии (20,0%) и стабилизацией в 45,0% наблюдений. При оценке прогрессирования миопического процесса необходимо учитывать тонус ВНС организма. Градиент прогрессирования может завышаться при ваготонии и занижаться при симпатикотонии, что необходимо учитывать перед проведением склероукрепляющих операций.

## **ОЦЕНКА СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ БИОКРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ**

**Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Применение кристаллографического метода исследования для диагностики и дальнейшего прогнозирования прогрессирования миопии. В офтальмологии используется метод кристаллографии слезной жидкости, который позволяет дифференцировать больных с патологией слезоотводящей системы, глаукоматозной оптической нейропатией, онкологическими и воспалительными заболеваниями органа зрения. Используя такие критерии, как формы, количество, площадь пластинчатых структур при дегидратации слезной и внутриглазной жидкостей, диагностируют поздние стадии глаукомы.

В слезной жидкости соотношение органических и неорганических веществ определяется в равных пропорциях, но у больных с миопией происходит нарушение физико-химических свойств слезной жидкости, что отражается на расположение кристаллов. Кристаллография является информативным методом, позволяющим как диагностировать патологический процесс в ранней стадии, так и вести динамическое наблюдение за течением процесса, т.е. является информативным методом ранней диагностики прогрессирования миопического процесса.

Цель исследования. Изучение возможности применения кристаллографического исследования слезной жидкости для прогнозирования прогрессирования миопии. Материалы и методы. Результаты обследования 140 (280 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с различной степенью миопии, находившихся на лечении в отделении глазных болезней клиники Андижанского государственного медицинского института.

Средний возраст составил  $25 \pm 1,2$  года. Для сравнения была взята контрольная группа из 100 пациентов (200 глаз) с эмметропией и гиперметропией слабой и средней степени. Из исследования были исключены дети с гиперметропией или астигматизмом, а также пациенты, страдающие другой патологией органа зрения любого генеза.

Среди обследованных пациентов, больные с приобретенной миопией составили 84,3%, с врожденной 15,7%. Их всех обследуемых больных в 85 (61%) случаях наблюдалась прогрессирующая миопия и в 55(39%) случаях со стационарной. Распределение больных в зависимости от степени миопии, показало, что слабая степень миопии встречалась в 81 (29 %), средняя 107 (38%) и высокая в 92 (33%) случаях соответственно (рис.1.).

Общепринятое офтальмологическое обследование у всех пациентов включало как стандартные методики, так и специальные аппаратные методы исследования. А именно, наряду с визиометрией, офтальмоскопией, скиаскопией, биомикроскопией, офтальмотонометрией и периметрией, всем детям были выполнены авторефрактометрия, эхобиометрия (А-скан).

Забор слезной жидкости осуществляли стерильной пипеткой. Слезу переносили на предварительно обезжиренное предметное стекло. Высушивали при температуре  $+26 \text{ }^{\circ}\text{C}$ , при комнатной температуре. Осмотр микропрепарата проводился на световом микроскопе, в поляризованном и темном поле при увеличении в  $10 \times 20$  (200) и  $10 \times 40$  (400) раз. Анализ кристаллографической картины (КГК) состоял в определении всех типов кристаллов, присутствующих в препарате с выделением преобладающего типа и определении соотношения двух частей слезной жидкости: краевой белковой и основной солевой частей.

В ходе исследований кристаллограмм выделены 4 преобладающих типа кристаллов:

1 тип – отдельные, изогнутые «ветки папоротника» с лучами I-IV порядка, не исходящими из единого центра.

2 тип – крестообразные кристаллы с четкими длинными лучами IV порядка, в их центре может содержаться четырехгранный кристалл.

3 тип – крупные звездчатые кристаллы, состоящие из 5-8 лучей различного порядка, которые могут сильно различаться по длине. В центре может содержаться четырехгранный кристалл.

4 тип – небольшие звездчатые кристаллы (в виде пяти- или шестигранника) с лучами I-II порядка, исходящими из одного центра, расположены плотно, бывают обрамлены четкой, тонкой каймой.

Забор СЖ осуществляли стерильной пипеткой. Слезу переносили на предварительно обезжиренное предметное стекло. Высушивали при температуре  $+26 \text{ }^{\circ}\text{C}$ , т.е при комнатной температуре. Осмотр микропрепарата проводился на световом микроскопе, в поляризованном и темном поле при увеличении в  $10 \times 20$  (200) и  $10 \times 40$  (400)раз. Анализ кристаллографической картины (КГК) состоял в определении всех типов кристаллов, присутствующих в препарате с выделением преобладающего типа и определении соотношения двух частей СЖ: краевой белковой и основной солевой частей.

Результаты исследования. Нами изучались кристаллография у 140 больных с миопией различной степени. Группу контроля составили 100 (200 глаз) практически здоровых лиц.

При изучении микропрепарата выяснилось, что высушенная капля СЖ здорового человека отчетливо делится на 3 части или зоны кристаллизации; 1.периферическая (аморфная зона), 2.промежуточная и 3.центральная.

Исследование кристаллограммы у больных с миопией слабой и средней степени показало, что краевая зона имеет четкие границы, солевые структуры представлены плотно прилегающими друг к другу, при этом в основном преобладают кристаллы I и II типов.

При обследовании больных с миопией слабой степени (81 глаз), определялось четкое разделение на три зоны, но при этом краевая зона была в два раза шире промежуточной, появление этих зон свидетельствует о начале нарушения физико-химических свойств слезы (рис.4). При стационарной миопии средней степени (83 глаза) ширина краевой белковой и промежуточной зоны почти равна, но в некоторых случаях наблюдается проникновение солей в белковую зону.

У пациентов со стационарной миопией высокой степени (6 глаз) отмечаются образования промежуточной зоны, проникновение солевых структур в белковую зону, что говорит об дисгармонии в структуре белков и солей, кристаллы плотно прилегают друг к другу и сохраняется однородный рисунок.

У больных с прогрессирующей миопией средней степени (24 глаза) кристаллы хаотично расположены без каких – либо зон полярности, рисунок неоднородно размыт, в краевой зоне появляются клиновидные включения (рис.6). При прогрессирующей миопии высокой степени (86 глаз) отмечается появление в краевой зоне фасции клиновидных включений, часть которых сращена со структурами промежуточной зоны. В центральной зоне кристаллы расположены хаотично, рисунок неоднородный и размытый.

**Вывод**

По данным кристаллографии у больных с прогрессирующей миопией средней степени кристаллы хаотично расположены без каких – либо зон полярности, рисунок неоднородно размыт, в краевой зоне появляются клиновидные включения. При прогрессирующей миопии высокой степени отмечается появление в краевой зоне фасции клиновидных включений, часть которых сращена со структурами промежуточной зоны. В центральной зоне кристаллы расположены хаотично, рисунок неоднородный и размытый. Таким образом, с развитием миопии в кристаллограмме слезной жидкости отмечается дисгармония системы солей и белка, а при прогрессировании процесса появление специфичных клиновидных включений, сращенных с промежуточной зоной.

## **ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦЕНТИЛЬНОЙ ШКАЛЫ.**

**Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Джураева Х.З.  
Андижанский Государственный медицинский институт**

Целью данной работы явилась разработка центильного распределения уровня АД сельских школьников в возрасте 11-15 лет для применения в проспективных (долгосрочных) исследованиях.

**Материалы и методы исследования.**

Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ одного из районов Андижанской области, в которых в момент исследования обучались 15235 детей в возрасте 11-15 лет. Обследованы 1505 школьников обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составила 10% - ой выборки популяции. Число наблюдений в возрастно – половых группах детей колебалось от 137 до 203. У каждого ребенка измеряли систолическое (САД) и

диастолическое АД (ДАД) трехкратно по стандартной методике National High Blood Pressure Education Program [7], требующие определенные условия при измерении АД (времени, частоты измерения, эмоциональный статус обследуемых и др.).

Центильное распределение АД составлено согласно формулы:  $P_i = X_n + i (K - P_s/P)$ , где  $X_n$  – нижняя граница класса, содержащая перцентиль  $P_i$ ; определяемого по величине  $K = P_i n / 100$ , превосходящий (или равный) числу  $P_s$ , в ряду накопленных частот.  $P_i$  – выбранный перцентиль,  $P$  – частота класса, содержащая перцентиль  $P_i$ ,  $i$  – величина классового интервала;  $n$  – общее число наблюдений (Лакин Г.Ф., 1990), по программе Microsoft Office XP ( Excel, 2007), на персональном компьютере «Samsung Sens 830». В соответствии с методикой градации  $\leq 90$ -95 центилей расценивалось как повышенное, а  $\leq 10$ -5 центилей, пониженное АД.

Результаты исследования и их обсуждение.

Центильная характеристика показателей САД и ДАД у школьников в возрасте 11-15 лет с учетом их пола представлена в таблице. Данные таблицы свидетельствуют, что 50-центильное распределение САД у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 104 до 114 мм.рт.ст., а у девочек - 104-116 мм.рт.ст. В возрасте 12-14 лет этот показатель у девочек на 2-6 мм.рт.ст. выше ( $P < 0,01$ ), чем у мальчиков. Соответственно с этим нижняя 5-центильная (на 4-8 мм.рт.ст.) и верхняя 95 кривая распределения (на 12-14 мм.рт.ст.,  $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ) у девочек выше, чем у мальчиков в возрасте 11-15 лет.

Медиана центильного распределения ДАД (50-центилей) у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 70 до 76 мм.рт.ст., что существенно не различается от данных девочек аналогичного возраста (72-78 мм.рт.ст.,  $P > 0,05$ ). У девочек с 13 лет нижняя 5-кривая распределения ДАД на 6-20 мм.рт.ст. выше чем, данные мальчиков ( $P < 0,01$ ), а верхняя 95-кривая распределения такая закономерность составила не более 2 мм.рт.ст. ( $P > 0,05$ ).

Сравнительное изучение показателей САД на уровне 50-центильного распределения, полученных в ходе настоящего исследования соответственно у мальчиков в возрасте 11-14 лет (104,106,108,110 мм.рт.ст.) и девочек (104,108,114,114 мм.рт.ст.), по сравнению соответственно с двадцатилетней давности показал об их увеличении на 8-16 мм.рт.ст. ( $P < 0,05$ - 0,01), соответственно у мальчиков (92,94,96,98мм.рт.ст.) и у девочек (96,98,98,98мм.рт.ст.). При этом наибольшее увеличение САД у мальчиков происходило в возрасте 11-13 лет (в среднем на 12 мм.рт.ст.), а у девочек в возрасте 13-14 лет (в среднем на 16 мм.рт.ст.). Такая тенденция выявлялась и в значениях ДАД соответственно у мальчиков (70,70,72,72 мм.рт.ст, против 56,58,60,62 мм.рт.ст) и девочек (72,72,74,76 мм.рт.ст., против 54,56,58,62 мм.рт.ст), т.е. выше на 10-14 мм.рт.ст., у мальчиков ( $P < 0,01$ ) и 14-18 мм.рт.ст у девочек ( $P < 0,001$ ). При этом наибольшее увеличение 50-центильного распределения ДАД у мальчиков (14 мм.рт.ст.) и девочек (на 18 мм.рт.ст.) выявляется в возрасте 11 лет.

Таким образом, изучение АД по его центильной шкалы у сельских школьников позволяет выявить их возрастно-половых различий в возрастном этапе 11-15 лет. В ходе исследования также выяснилось, что у современных школьников имеет место гипертензивная направленность в уровнях АД, что видно по увеличению нижних и верхних пороговых его уровней, чем данные аналогичного исследования двадцатилетней давности.

Выводы.

1. Изучение центильной характеристики АД у сельских школьников позволяет определить их возрастно-половых и пространственно-временных различий.
2. Разработанная центильная шкала АД у сельских школьников в возрасте 11-15 лет может быть использована врачами детских лечебно-профилактических учреждений в

качестве критериев формирования группы детей с ВСД гипер- и гипотонического типа, их трансформации к артериальной гипер- и гипотонии в ходе динамических проспективных исследованиях.

Таблица

Центильные шкалы систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у школьников в возрасте 11-15 лет

Возраст (годы)	Пол обслед.	Центили							Центили						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	0	75	90	95
		САД (мм.рт.ст.)							ДАД (мм.рт.ст.)						
11	М	92	96	98	104	108	112	114	54	60	66	0	74	78	80
	Д	90	92	96	104	116	122	126	56	58	64	2	78	82	84
12	М	90	94	98	106	112	118	122	56	60	66	0	76	80	84
	Д	94	96	102	108	116	124	128	56	60	66	0	78	82	88
13	М	92	96	102	108	114	120	126	54	58	66	2	78	82	86
	Д	98	100	104	114	120	126	130	60	64	70	4	80	8	88
14	М	92	96	102	110	118	124	128	54	58	66	2	78	84	86
	Д	98	102	106	114	120	126	132	62	66	72	6	82	86	88
15	М	94	98	106	114	120	128	134	56	62	70	6	80	86	90
	Д	102	104	108	116	122	130	136	66	68	74	8	84	90	92

## ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ КАК ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Иорданишвили А.К.

Санкт-Петербургский медико-социальный институт, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Поделиться опытом преподавания онкостоматологии студентам, обучающихся по программе специалитета «Стоматология» в медицинском вузе.

Материалы и методы исследования. В работе рассмотрены основные моменты, имеющиеся в программе подготовки по онкостоматологии обучающихся по программе специалитета «Стоматология» в медицинском вузе, а также указаны основные моменты, на которые делаются акценты в процессе преподавания этой дисциплины.

Результаты исследования. Преподавание онкостоматологии будущим врачам-стоматологам и челюстно-лицевым хирургам сохраняет свою актуальность, не смотря на то, что в наши дни лечением такой патологии занимаются исключительно врачи онкологи. Учитывая, что лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей и взрослых по-прежнему весьма сложная проблема. С одной стороны трудности лечения этой группы пациентов объясняются биологическими особенностями и закономерностями возникновения и развития опухолей, но и в наши

дни не всегда возможно дать исчерпывающую характеристику сущности опухолевого роста как биологического процесса. Кроме того, многообразие генеза опухолей рта, челюстей и лица, а также анатомо-физиологические взаимоотношения органов челюстно-лицевой области также делают лечение детей и взрослых со злокачественными опухолями особенно проблематичным. Не смотря на то, что г. Ленинград (ныне Санкт-Петербург) был первым, в котором была реализована в повседневном здравоохранении Система Оказания Медицинской Помощи Онкостоматологическим Пациентам, до сего дня в общей структуре пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области большинство пациентов (65%) поступают для специализированного лечения в III – IV стадии заболевания. Безусловно, клинический опыт говорит о том, что эта группа пациентов впервые обращается именно к врачам-стоматологам и детским стоматологам, поэтому знание у них основ онкологической настороженности, ранней диагностики и роли своевременного лечения рассматриваемой патологии крайне важно.

Студентам подчеркивается, что основой для профилактики злокачественных опухолей является учение о последовательных реакциях, которые возникают в тканях под воздействием бластомогенных факторов и предшествующих появлению злокачественных опухолей, а также учению академика АМН СССР Л.М. Шабада о стадийности развития злокачественной опухоли. Также отмечается, что реальной основой для проведения профилактических мероприятий служит то обстоятельство, что продолжительность периода от начала канцерогенного воздействия до появления опухоли исчисляется годами и десятилетиями, и весь этот период канцерогенеза рассматривается с позиции, предложенной профессором М.М. Соловьевым в конце XX века, которая не утратила своей актуальности.

Во время преподавания онкостоматологии большое внимание уделяется знанию клинической картины предопухолевых заболеваний слизистой оболочки рта (факультативных, облигатных), а также роли профилактических осмотров и диспансеризации пациентов стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами, особое внимание уделяется группам риска. При этом подчеркивается, что эти мероприятия являются не только профилактикой злокачественных опухолей, но и основой своевременной диагностики. Безусловно, на стоматологическом приеме сложно реализовать раннюю диагностику, соответствующую доклиническому периоду развития опухоли, то есть периоду появления первых злокачественных клеток, так как обычно опухоль начинает расти интраэпителиально, не вовлекая в процесс базальную мембрану, которая отделяет опухоль от подлежащих тканей («рак на месте»). Поэтому основное внимание уделяется своевременной диагностике, во время которой обычно диагностируют первую стадию клинического периода развития злокачественной опухоли, которая в этот период характеризуется местно ограниченным ростом, отсутствием регионарных, а тем более и отдаленных метастазов. Кроме стоматоскопии, обучающиеся осваивают методику проведения и оценки результатов витальной окраски слизистой оболочки рта (проба с уксусной кислотой, проба Шиллера (йодная реакция), окраска гематоксилином по А.Б. Державе, окраска толудиновым голубым), что позволяет определить и дифференцировать имеющийся в зоне исследования патологический рост тканей. Подчеркивается, что при возможности выполнения цитологического исследования, наиболее достоверным является метод биопсии для уточнения окончательного диагноза. Обучающийся должен знать Международную классификацию злокачественных опухолей по распространенности процесса (TNM) и уметь ее применять на практике, что реализуется при решении ситуационных задач. Подчеркивается о необходимости

гистопатологической дифференцировки опухолей, а также использовании классификации TNM применительно к отдельным анатомическим областям и органам. Последовательно в ходе семинарских и практических занятий рассматривается клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения различных злокачественных опухолей рта, челюстей и лица, включая рак кожи. Большое количество учебного времени уделяется ортопедическим мероприятиям при лечении (хирургическом, комбинированном) злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Алгоритмом для практической работы врачей стоматологов-ортопедов, оказывающих такую стоматологическую ортопедическую медицинскую помощь, служат классификации дефектов и деформаций челюстей, предложенные Л.В. Горбачевой-Тимофеевой с дополнениями Б.К. Костур и В.А. Миняевой (1985). Не смотря на то, что после их создания прошло почти 40 лет, они не потеряли своей научной и прикладной значимости. Особое место уделяется роли адгезивных средств, улучшающих фиксацию, а также различных имплантатов (дентальные, инсерт-имплантаты и т.п.), применяемых для оптимизации фиксации зубочелюстно-лицевых протезов.

Важное место при обучении отводится профилактике и устранению осложнений при использовании лучевых и химиотерапевтических методов лечения, которые в 100% случаев приводят к появлению медикаментозных и постлучевых сиалоаденитов, обуславливающих гипосаливию и развитие синдрома «сухого рта». Особое значение отводим использованию биокорректоров питания и биорегулирующей терапии с помощью пептидных биорегуляторов, созданных сотрудниками Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, длительное время возглавляемого академиком Российской академии наук профессором В.Х. Хавинсоном (1947-2024) и вошедшего в историю медицины как создателя нового класса геропротекторов и иммуномодуляторов на основе пептидов.

Выводы. Таким образом, в настоящее время в Российской Федерации лечением онкостоматологических пациентов различных возрастных групп занимаются врачи-онкологи. В тоже время врачи-стоматологи и челюстно-лицевые хирурги постоянно контактируют с онкостоматологическими пациентами, а порой являются первыми специалистами, которые выставляют предварительный диагноз онкологического заболевания у ребенка или взрослого человека. Не смотря на то, что в деятельности врача-стоматолога или челюстно-лицевого хирурга главным из онкостоматологии осталась онкологическая настороженность, в то же время по программе специалитета большое количество учебного времени отводится именно онкостоматологии на выпускном курсе обучения. Отмечено, что подготовка студентов, обучающихся по программе специалитета «Стоматология» по дисциплине «Онкостоматология» сохраняет важное прикладное значение в аспекте формирования у будущих врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов онкологической настороженности, а также в профилактике и устранении возникших послеоперационных дефектов и деформаций и постлучевых и медикаментозных стоматитов.

Иорданишвили Андей Константинович, доктор медицинских наук, профессор, начальник Центра стоматологического образования-заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургский медико-социального института, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

## МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**М.Э. Ирисметов<sup>1</sup>, Р.Р.Кодиров<sup>1</sup>, Р.С.Кадиров<sup>2</sup>.**

**(1Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, г.Ташкент,**

**2Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г.Ташкент)**

Актуальность. Интерес к чрезвертельным, межвертельным и вертельно-диафизарным переломам связан с высокой частотой данных повреждений в структуре травматизма, а также неудовлетворенностью авторов высоким процентом отрицательных анатомо-функциональных результатов лечения. Трудности при лечении больных с околосуставными переломами проксимального отдела бедра обусловлены в основном анатомическими и биомеханическими особенностями данной области.

Цель исследования. Поиски простого, надежного устройства для соединения и прочного удержания костных отломков привели к созданию огромного множества конструкций, в которых использовались разные принципы фиксации.

В Узбекистане до 2008 года для остеосинтеза проксимального отдела проксимальной отдела бедренной кости использовались интрамедуллярный или накостный остеосинтез без элементов блокирования.

Материал и методы исследования. С 2008 года начали применять блокирующие пластины (LCP) и блокирующие стержни (БИОС), постепенно Гамма гвоздь (Gamma nail), Динамический винт (DHS) системы. После применения этих конструкций срок реабилитации довольно уменьшилась.

Остеосинтезу проксимального отдела проксимального отдела бедренной кости часто подвергаются люди старше старшего и пожилого возраста, у которых часто имеются сопутствующие соматические заболевания, выраженный остеопороз. Наблюдения этих больных в динамике показывают, что нередко такие осложнения, как коксартроз, соха vara, ложный сустав, миграция пластин, миграция основных винтов, усталость металлоконструкции. Учитывая эти явления, требуется что до, вовремя и после операции что все необходимые процедуры должны проводиться аккуратно, быстро и надежно, а выбор металлоконструкции должно осуществляться с учетом характера перелома и состояния костной ткани.

Одно из причин вышеуказанных неудовлетворительных случаев является нарушение техники операции. Часто приходится менять во время операции винтов после интраоперационного рентгенологического контроля из-за неправильного подбора их длины, а также неправильного направления винта в сторону шейки бедренной кости. Нередки случаи, не по показаниям устанавливаются много количество винтов.

Все эти неполадки отнимают время во время операции, приводит к травмам губчатого слоя метафизарной части кости, в последующем посттравматическому коксартрозу, нестабильности винтов и переломам металлоконструкции.

Мы проанализировали результаты лечения 78 больных из РСНПЦ Травматологии и Ортопедии Республики Узбекистан, и 63 пациентов из Ташкентского областного филиала РНЦЭМП Республики Узбекистан. Общее количество пациентов составило 141.

При лечении пациентов применялись остеосинтез блокирующим интрамедуллярным стержнем (БИОС) у 35, DHS системы у 27, LCP пластины у 45. У 34 пациентов была использована пластина, разработанная сотрудниками центра. Результаты исследования. Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами больных в сроки от 1 года до 3-х лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой.

Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение костных отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен у 98 (69,5%), из них 27 больных после остеосинтеза блокирующими стержнями, 14 - DHS системой, 32 - LCP пластиной, 25 - пластиной клиники.

Удовлетворительный (замедленное сращение костных отломков, незначительная миграция винтов и пластин, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного, укорочение конечности до 2 см, потеря трудоспособности и выход на инвалидность 3-й группы) – у 17 (12 %), из них у 3 больных произведен БИОС, 5 больных оперированы DHS системой, у 6 больных использованы LCP пластины, а у 3-х пациентов установлена пластина, разработанная сотрудниками центра.

Неудовлетворительный (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности, переломы металла, укорочение конечностей более на 2 см., и выход на инвалидность 2-й группы) – получены у 26 (18,5 %) больных. Из них у 5-пациентов был осуществлён БИОС, у 8 пациентов применен остеосинтез DHS системой, у 7 пациентов костные отломки фиксированы LCP пластиной, а у 6 пациентов произведен остеосинтез пластиной разработанной сотрудниками центра.

Вывод. Анализ результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости показывает, что наиболее часто неудовлетворительные результаты встречаются при применении DHS системы.

В заключении можно сказать, что снизит процент неудовлетворительных исходов возможен при правильном подборе имплантов и его элементов. Предоперационное планирование с применением компьютерной программы для расчета возможных углов проведения и размеров винтов позволит сократить продолжительность операции, а также исключает дополнительной травматизации костной ткани.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

**Ирисметов М.Э., Ортиков О.Р.**

**1.Республиканский специализированный научно практический медицинский центр Травматологии и ортопедии.**

**2.Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

Цель исследования: Оптимизация результатов хирургического лечения пациентов с повреждениями менисков коленного сустава с использованием малоинвазивной органосохраняющей технологии.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 80 больных с травмами коленного сустава за период с 2021 по 2023 гг. Все больные были распределены на контрольную и основную группу. В контрольную группу вошли 50 (62,5%) больных. Им выполнена артроскопическая резекция мениска.

Коленный сустав не иммобилизовали, больные получали физиолечение, ЛФК и массаж. 30 (37,5%) больных отнесены к основной группе, которым выполнен шов менисков под артроскопом. Коленный сустав иммобилизовали на 4 недели, больные получали также физиолечение, ЛФК и массаж конечности.

Результаты оперативного лечения пациентов оценивались по шкале Lysholm. Результаты оперативного лечения пациентов с повреждениями менисков КС изучены у 65 оперированных в сроки до 3 лет (всего 80 оперированных). У пациентов основной группы исход лечения был изучен у 30 (37,5%), в контрольной группе – у 41 (51,3%). Отличные результаты в основной группе пациентов наблюдались у 5 (16,7%), что соответствует 90-100 баллам. Частота отличных исходов оперативного лечения у пациентов основной группы (16,7%) выше, чем в контрольной группе больных (9,4%) в 1,7 раза (или на 7,3%). Хорошие результаты в основной группе пациентов зарегистрированы у 20 (66,6%), что соответствует 70-89 баллам. Хорошие исходы у больных основной группы (66,6%) были выше, в контрольной группе больных (46,9%) в 1,4 раза (на 19,7%). В основной группе удовлетворительный результат встречается у 13,4% пациентов, в контрольной группе – у 34,3%.

Выводы: клиническое применение предложенной тактики лечения пациентов с повреждениями менисков коленного сустава, позволило увеличить частоту отличных результатов в 1,7 раза, хороших результатов лечения в 1,4 раза, снизить количество неудовлетворительных исходов в 4 раза по сравнению с контрольными группами.

Ключевые слова: коленный сустав, мениски, повреждение менисков, артроскопия, шов мениска, резекция мениска.

Контакты:

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА, АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПЛЕЧА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ**

**Ирисметов М.Э., Салиев С.М.**

**Цель исследования** Целью данного исследования было определить диагностическую ценность девяти отдельных клинических тестов для оценки разрыва вращательной манжеты и разработать модель прогнозирования для диагностики разрыва вращательной манжеты.

**Методы и материалы**

В это проспективное когортное исследование были включены 159 пациентов с жалобами на плечо. Пациенты, сообщившие о предыдущем вывихе плеча, были исключены из анализа (N = 69). Было проведено 25 клинических тестов, из которых 9 специально разработаны для диагностики патологии вращательной манжеты (Пустая банка, Neer, Хокинса-Кенни, опускание руки, тест на отрывание, болезненная дуга, признак задержки внешнего вращения, признак падения, тест на силу подостных мышц). Окончательный диагноз, основанный на магнитно-резонансной томографии (МРТ), был установлен на основе консенсуса между клиницистом и рентгенологом, которые были слепы к информации о пациенте. Модель прогнозирования была разработана с помощью логистического регрессионного анализа.

**Результаты**

В этой когорте у 38 пациентов был диагностирован разрыв вращательной манжеты. Индивидуальная общая точность клинических тестов вращательной манжеты составила 61-75%. После обратного отбора модель определила, что наиболее

важными предикторами разрыва вращательной манжеты были более высокий возраст и положительный тест Neer и пустая банка. Эта внутренне подтвержденная модель прогнозирования обладала хорошей дискриминативной способностью (площадь под кривой рабочих характеристик приемника (AUC) = 0,73).

**Вывод**

Наши результаты показали, что отдельные клинические тесты на плечо имели умеренную диагностическую ценность для диагностики разрыва вращательной манжеты. Наша модель прогнозирования показала улучшенную диагностическую ценность. Однако по-прежнему рекомендуется применить дополнительные диагностические тесты для диагностики разрыва вращательной манжеты.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ**

**Б.М. Исаков, А.Б. Мамадалиев, К.Б. Исаков, М.Н. Хакимов.**  
**Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность проблемы. Третьей причиной смертности населения (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) является острое нарушение мозгового кровообращения. По данным отечественных и зарубежных авторов, в структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30%.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом на основе применения современных методов нейровизуализации и микронеурохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 23 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации. Возраст больных от 45 до 65 лет. При распределении по полу мужчин – 16, женщин – 7 больных. По данным анамнеза все больные страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 5 до 10 лет. Всем больным проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Проведена оценка общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов. Тяжесть состояния больных оценена по шкале ИСН. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 1 (8,3%) пациента, умеренное оглушение — 3 (25,0%), глубокое оглушение — 5 (41,6%), сопор — 2 (16,6%), умеренная кома — 1 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 6 (58,3%) пациентов. Прогрессирующее течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (25,0%) больных, у 2 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита, но без угнетения сознания.

С целью установления локализации, глубины расположения и объема кровоизлияния проведено МРТ и КТ исследование головного мозга.

Показаниями к проведению хирургических вмешательств при геморрагических инсультах являлись:

латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл);  
лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Одним из плохих прогностических признаков, у больных с геморрагическим инсультом, является переход в коматозное состояние и при длительности комы более

6-12 часов является показанием к операции. Операция заключается в удалении гематомы и устранение компрессии и дислокации мозга.

Результаты и их обсуждение: Во время операции с использованием нейровизуализации и микронеурохирургической техники проведено удаление внутримозговых инсульт гематом. Объем удаленных гематом составил от 40 до 80 см<sup>3</sup>. В послеоперационном периоде важным является лечение направленное на борьбу с отеком мозга и восстановления утраченных функций головного мозга. В послеоперационном периоде также необходима профилактика повторных кровоизлияний, с этой целью проведено дренирование ложи удаленной гематомы. Хорошие результаты получены у 3 больных, удовлетворительные - у 6 больных и у 3 больных оперированных в состоянии комы с признаками дислокации головного мозга наблюдался летальный исход.

Вывод. Хирургическое лечение показано больным с геморрагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 83%.

### **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

**Б.М. Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев, К.Б.Исаков.**  
**Андижанский государственный медицинский институт.**  
**Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной**  
**медицинской помощи,**

Актуальность проблемы: Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30% (Ю.В. Симанов, 2001; И.А. Лебедев и соавт. 2007; Y. Lampl, 1995; H. Arai, 1997). Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация - 70-80% (И.В. Дамулин и соавт. 2003; P. Kolominsky-Rabas и соавт. 1998; D. Woo и соавт. 2004).

Цель исследования. Проведение анализа результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом на основе современных методов нейровизуализации и нейрохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2015 по 2019 год находились 65 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации. Возраст больных от 50 до 65 лет. При распределении по полу мужчин – 48, женщин – 17 больных. По данным анамнеза все больные страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 5 до 10 лет. Из 65 обследованных больных 62 подвергнуты оперативному лечению.

Всем больным проводили клиничко-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Оценивались общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Тяжесть состояния больных оценена по шкале ICN. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ). Из инструментальных методов исследования применяли МРТ и КТ исследование головного мозга.

По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 9 (8,3%) пациента, умеренное оглушение — 23 (25,0%), глубокое оглушение — 15 (41,6%), сопор — 16 (16,6%), умеренная кома — 2 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 7 (58,3%) пациентов. Прогрессирующее течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 23 (25,0%) больных, у 12 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита без угнетения сознания.

Показаниями к хирургии геморагических инсультов являлись:  
латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл);  
лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Развитие коматозного состояния у больных с геморагическим инсультом является плохим прогностическим признаком и при длительности комы более 6-12 часов является показанием к операции. Операция заключается в удалении гематомы и устранении признаков компрессии и дислокации мозга. Важным в послеоперационном периоде является профилактика повторных кровоизлияний в ложе удаленной гематомы.

Результаты и их обсуждение: Во время операции с использованием нейровизуализации и микронейрохирургической техники проведено удаление внутримозговых инсульт гематом. Объем удаленных гематом от 40 до 80 см<sup>3</sup>. В послеоперационном периоде больным проводилось соответствующее лечение, направленное на борьбу с отеком мозга и восстановления утраченных функций головного мозга. Хорошие результаты получены у 43 больных, удовлетворительные у 16 больных и летальный исход наблюдался у 3 больных (больные оперированные в состоянии комы и наличием признаков дислокации мозга).

Выводы - Хирургическое лечение показано больным с геморагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 83%.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.**

**Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.  
Андижанский Государственный медицинский институт, Андижанский филиал  
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

Актуальность. Позвоночно-спинно-мозговая травма (ПСМТ) относится к категории тяжелых травм опорно-двигательного аппарата. По данным многих авторов ПСМТ встречается в 4 – 6% случаев среди всех травм ОДА. Тяжесть ПСМТ характеризуется степенью повреждения как позвоночника, так и спинного мозга. Необходимо отметить, что ПСМТ по своей частоте наиболее часто встречается у лиц молодого, работоспособного возраста – от 25 до 45 лет. В связи с этим, лечение повреждений позвоночника и спинного мозга в настоящее время является одной из актуальных проблем современной спинальной хирургии.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненными повреждениями грудного отдела позвоночника.

Материал и методы: проведено хирургическое лечение 42 больных с повреждением груднопоясничного отдела позвоночника (27 мужчин и 15 женщин). Возраст больных от 19 до 45 лет. При МСКТ исследовании выявлены признаки нестабильного перелома. Компрессия позвонков соответствовало II и III степени. По шкале Deniss повреждение двух и более опорных структур встречался у 35 больных.

Оперативное вмешательство заключалось в производстве ламинэктомии, ревизии позвоночного канала с устранением компремирующих факторов, менингомиелорадикулолиза и как завершающий этап операции стабилизация транспедикулярными фиксаторами.

Результаты и их обсуждение: Оценка результатов проводилась по трем основным критериям: динамика и выраженность болевого синдрома, регресс неврологической симптоматики, зависимость пациентов от анальгетиков. В наших наблюдениях хорошие и удовлетворительные результаты получены у 37 (88,1 %) больных и неудовлетворительные результаты у 5 (11,9 %) больных. Из них у 3 больных во время операции выявлена картина тяжелого ушиба спинного мозга и у 2 больных картина анатомического перерыва.

Выводы: 1. Признаки нестабильности поврежденного сегмента позвоночника являются показанием к хирургическому вмешательству.

2. Неврологические нарушения являются показанием к ревизии позвоночного канала и спинного мозга.

3. Наиболее надежная и жесткая фиксация достигается при использовании транспедикулярных фиксаторов.

## **ВТОРИЧНЫЙ СТЕНОЗ НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**Исаков Б.М., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н.**

**Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал  
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

Актуальность. В настоящее время остеохондрозы позвоночника считаются довольно часто встречающейся патологией и характеризуется высокими показателями инвалидности больных. Проводимые консервативные и оперативные методы лечения не всегда дают положительные результаты.

Цель работы. Дифференцированное хирургическое лечение вторичного стеноза позвоночного канала.

Материал и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 132 больных с вторичным стенозом позвоночного канала на уровне L3 – L5 - S1 позвонков. Мужчин было 59 и женщин 73 больных. Возраст больных от 20 до 65 лет. Проведено МСКТ и МРТ исследование больных: причинами вторичного стеноза у 83 больных были гипертрофия желтой связки, наличие протрузии и грыжи межпозвоночного диска на уровне 2 – 3 позвонков, оссификация задней продольной связки и гипертрофия желтой связки у 49 больных. Клиническая картина заболевания проявлялось корешковыми болями у 119 больных, парезом стопы и нарушением функции тазовых органов у 13 больных. Размеры протрузии и грыжи МПД от 3-5 мм до 14 мм.

Результаты и обсуждение. Проведено хирургическое лечение: аркотомия, иссечение желтой связки – у 23 больных; аркотомия, иссечение желтой связки, удаление грыжи диска – у 95 больных; гемиламинэктомия, иссечение желтой связки, удаление грыжи диска - у 14 больных.

Хорошие и удовлетворительные результаты по показателям регресса неврологической симптоматики отмечено у 85,6 % больных, неудовлетворительный результат отмечен у 14,4 % больных.

Вывод. Целесообразным хирургическим методом лечения вторичных стенозов является адекватная декомпрессия компремированных нервно-сосудистых образований позвоночного канала.

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УДАЛЕНИЯ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАМЕ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

**Б.М.Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, К.Б.Исаков, А.Б.Мамадалиев, М.Н.Хакимов.**  
**Андижанский государственный медицинский институт.**

**Актуальность:** Кровоизлияния в полость черепа с формированием внутричерепных гематом, отек являются частыми осложнениями тяжелых черепно-мозговых травм. Основным методом лечения при возникновении таких осложнений является оперативное вмешательство – декомпрессионная трепанация черепа. Наиболее частым осложнением при выполнении данного метода операции является отек и набухание вещества мозга и его пролабирование в костный дефект.

**Цель исследования:** Анализ и улучшение результатов хирургического лечения больных с травматическими гематомами.

**Материал и методы:** Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 год находились 325 больных с травмами головного мозга различной степени тяжести, осложненные наличием субдуральной гематомы. Среди обследованных больных мужчин – 281 (68,7 %), женщин – 44 (31,2 %). Возраст больных от 20 до 65 лет. Основной контингент составили больные в возрасте от 20 до 45 лет – 183 (93,7 %) больных. По механизму полученной травмы: бытовая – 116 (37,5 %), уличная (автотравмы, побои) – 197 (56,3 %) и производственная (падение с высоты) – 4 (6,2 %). В зависимости от тяжести полученной травмы 287 (68,7 %) больных госпитализированы в нейрореанимационное и 38 (31,2 %) в нейрохирургическое отделение. При поступлении 49 (4,1 %) были в ясном сознании, оглушенном 128 (5,4 %), в сопорозном – 76 (56,2 %), в умеренной коме – 29 (6,2 %) и в тяжелом коматозном состоянии – 34 (6,2 %) больных. Всем больным при поступлении проведены КТ и МРТ исследование головного мозга. По результатам проведенных КТ и МРТ исследования выявлены внутричерепные субдуральные гематомы различной локализации и площади. По объему гематомы были более 60 см<sup>3</sup>, у 3 (18,6 %) больных выявлены гематомы объемом более 80 см<sup>3</sup>.

После установления диагноза наличия гематомы больные подвергнуты оперативному лечению:

– декомпрессивная трепанация черепа (дефект кости 8 x 6 см) над проекцией гематомы. ТМО напряженная, несколько вдается в костное отверстие, пульсация мозга отсутствует. Из – за выраженного отека мозга ТМО полностью не вскрывалось, удаление субдуральной гематомы производилось через небольшие насечки ТМО.

**Результаты и их обсуждение:** По исходам проведенного комплексного хирургического лечения были получены следующие результаты: в компенсированном состоянии, без грубых неврологических нарушений выписано 239 (56,2 %) больных, с незначительными неврологическими нарушениями – 75 (31,2 %), летальный исход в наших случаях наблюдался у – 21 (12,4 %) больных. Анализ результатов летальных

исходов показал, что у этих 21 больных были отмечены грубые неврологические нарушения, степень нарушения сознания – кома II-III, по данным КТ исследования объем гематомы превышал 80 мм<sup>3</sup>, смещение срединных структур головного мозга более 10 мм, с явлениями дислокации.

Выводы: Выбор метода хирургического лечения тяжелых черепно-мозговых травм с наличием субдуральных гематом зависит от клинического течения, локализации, объема гематом. Внутричерепные гематомы объемом более 35 см<sup>3</sup> требуют проведения декомпрессивной трепанации черепа с удалением гематомы. Операции проведенные в первые 6 – 8 часов после травмы и у больных в компенсированном состоянии дают больше положительных результатов. Удаление гематомы через небольшие насечки ТМО предотвращают пролабирование мозга в костный дефект.

## **КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОСОНОГРАФИЯ В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗА И ОРБИТЫ**

**Исламов З.С. Икрамов А.Ф., Бузруков Б.Б. Умарова Б.  
кафедра офтальмологии ТашПМИ кафедра офтальмологии АндМИ**

Каждая ткань организма имеет свою структуру и плотность. Здоровые ткани организма характеризуются эластичностью, а злокачественные опухоли и другие новообразования имеют другую структуру, гораздо жестче и плотнее. Этот факт стал определяющим при проведении специального ультразвукового исследования – эластографии, во время которого определяется качественный состав тканей организма. Основной задачей эластографии является дифференциальная диагностика между доброкачественными и злокачественными образованиями

Существуют два вида эластографии: компрессионная и сдвиговой волны.

Компрессионная эластонография(КЭС). Это методика, позволяющая определить жесткость тканей. посредством сжатия тканей ультразвуковым датчиком. В патологических тканях степень сжатия меньше, чем в здоровых, поэтому ультразвуковой сигнал будет отражаться по-разному и иметь разное окрашивание на цветовой карте.

Эластография сдвиговой волны. УЗИ-аппарат генерирует сдвиговые волны и измеряет скорость их прохождения сквозь ткани. В жестких тканях скорость прохождения волны выше, в мягких — ниже.

Качественные изменения эластичности ткани органа оцениваются по цветовой шкале на мониторе ультразвукового прибора, а количественные — с вычислением коэффициента деформации тканей (КД) при надавливании (компрессии) датчиком. Высокая жесткость образования при проведении эластографии свидетельствует о высокой вероятности его злокачественного происхождения

В доступной литературе мы не обнаружили применения эластонографии в офтальмологии.

Целью исследования настоящей работы явилось определение информативной ценности мультипараметрического УЗИ с применением компрессионной эластонографии в дифференциальной диагностике узловых новообразований глаза и орбиты.

Материал и методы. Нами в клинике NDC medic обследованы 50 больных с подозрением на опухолевые поражения глаза и орбиты. Из них 25 больных с ретинобластомой, с меланомой хориоидеи 16 больных, опухолью слезной железы 3,

гемангиомой хориоидеи 2 и орбиты 4 больных. Возраст больных был от 1 месяца до 79 лет. Мультипараметрическое УЗИ: сначала проводится в В-режиме линейным и конвексным мультислотным датчиком, в режиме ЦДК и ЭДК исследования с использованием соноэластографии. Эластичность тканей при КЭС отображалась определенными цветами (цветовым картированием). выполнялась на ультразвуковых аппаратах Самсунг HS70A (SAMSUNG, Корея.) При компрессионной эластографии врач-оператор ультразвуковой системы вызывает деформацию ткани, немного надавливая датчиком на исследуемый участок.

Результаты исследования. Результаты исследования показали что, у больного с рабдомиосаркомой орбиты при исследовании в серошкальном В-режиме образование продолговатой овальной формы, с бугристой поверхностью и с нечеткими границами, мелкозернистой структуры. В режиме ЦДК отмечается обильная васкуляризация ткани опухоли. В режиме КЭС – ткань опухоли в центре окрашивается в темно синий цвет и менее плотные ткани по периферии с нечеткими границами, и окрашены в голубой цвет, что свидетельствует о неравномерной плотности её. Вокруг опухоли здоровые ткани с низкой плотностью окрашены в зеленые, красные и желтые цвета.

У больного с лимфомой орбиты в серошкальном В-режиме опухоль бугристая, с нечеткими границами, в ЦДК обнаружена обильная васкуляризация её. В режиме КЭС выявлена опухоль плотная в центре с синюшным окрашиванием и участками распада в толще её и нечеткими границами по периферии. Вокруг здоровые ткани окрашенные в разные цвета.

У 4 больных с небольшой меланомой, в серошкальном В-режиме выявлено образование с четкими границами и гладкой поверхностью, мелкозернистой структуры В ЦДК богато кровоснабжена .У этих же больных в В режиме КЭС плотная опухоль на всем протяжении и с четкими границами, равномерным синим окрашиванием. Вокруг разной плотности ткани окрашены в разные цвета.

При исследовании меланомы хориоидеи с большим размером, в серошкальном В-режиме выявлено образование с четкими границами мелкозернистой структуры и в ЦДК ткань опухоли богато васкуляризована. В режим КЭС также просматривается опухоль с четкими границами, плотной консистенции по периферии, но в толще образования в с менее плотными участками. Это отражается в окрашивании опухоли с множеством менее интенсивных участков окрашивания в центре и по периферии в режиме компрессионной эластосонографии.

У больного с меланомой хориоидеи из-за неправильной диагностики произведены две интравитреальных инъекций и витректомия. При исследовании в серошкальном В-режиме внутриглазная опухоль с четкими с неровными краями, отслойка сетчатки. В заднем отделе глазного яблока обнаружена нарушение целостности стенок глаза с экстрабульбарным ростом опухоли в орбиту. В режиме КЭС внутриглазная часть опухоли плотная с интенсивным окрашиванием в синий цвет, орбитальная часть менее плотная с участками размягчения, что отражается в перемеживании синего и голубого цветов.

У больных с ретинобластомой при исследовании В-режиме выявлена большая опухоль с множеством кальцинатов, с ровными и четкими краями. В режиме ЦДК обнаружена большая опухоль, богато кровоснабженная в виде тканевой структуры с выраженной васкуляризацией. В режиме КЭС в центре плотные участки окрашены в синий цвет, с множеством менее плотных участков в толще и по периферии опухоли.

Гемангиома сетчатки в серошкальном В-режиме выявлена в виде равномерного утолщения сетчатки с четкими границами и гладкой поверхностью. В режиме ЦДК

образование состоит сплошь из сосудов, поэтому очень интенсивно окрашена. В режиме КЭС из за неплотности образования слабо окрашены в голубой и зеленые цвета.

Лимфома орбиты в серошкальном В-режиме опухоль с неровными и нечеткими границами, в режиме ЦДК богато снабжена сосудами. В режиме КЭС образование менее интенсивно окрашено в голубой цвет, что говорит о неплотности опухоли и доброкачественном характере.

При Фиброзе стекловидного тела в серошкальном В-режиме образование с неровными но с четкими границами, при КЭС образование менее интенсивно окрашено в голубой цвет, что свидетельствует о её низкой плотности и не опухолевой природе..

Выводы. Режим эластографии имеет наибольшую эффективность при небольших опухолях, которые не могут быть выявлены в других режимах ультразвукового сканирования. Как следствие, режим великолепно позволяет выявить и распознать опухоли на самых ранних стадиях развития. Компрессионная эластосонография проведенная в комплексе с другими УЗИ высокоинформативна в дифференциально диагностических целях и её можно включать план обследования больных с подозрениями на опухолевые заболевания глаза и орбиты.

Проведенные в последние годы исследования доказали, что комплексное использование традиционного ультразвукового исследования с эластографией повышает чувствительность УЗИ в диагностике рака до 95,5%, а специфичность (возможность дифференцировать характер образования) до 94,9%.

## **РОЛЬ ЭКЗОГЕНИИ В РАЗВИТИИ ДЕБЮТА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.**

**Исламов Ш. Х., Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.  
Андижанский Государственный медицинский институт.**

Цель исследования. Целью исследования явилось определение прогностической значимости экзогении в развитии дебюта эпизодической шизофрении.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных шизофренией с эпизодическим типом течения города Андижана с длительностью заболевания более 15 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%).

Результаты исследования и их обсуждение. Экзогенно спровоцированный дебют заболевания наблюдался у 190 больных (59,0%) ЭШ, причем достоверно чаще в рамках эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом ( $p < 0,05$ ). Спонтанное начало заболевания было отмечено у 132 больных (41,0 %) и, соответственно, чаще при эпизодической ремитирующей шизофрении ( $p < 0,05$ ).

В подавляющем большинстве случаев в качестве провоцирующих дебют факторов существенную роль играли психогении-20,2% (соотв.: 21,4 и 19,0%). Одинаково часто встречались инфекции-8,7% (соотв.: 8,4 и 8,9%), беременность и роды у женщин-8,7% (соотв.: 9,1 и 8,7%), алкоголизация и наркотизация-8,1% (соотв.: 3,9 и 12,0%,  $p < 0,05$ ) и несколько реже сочетанные экзогении-6,5% (соотв.: 3,9 и 8,9%). Ещё реже в качестве экзогений наблюдались черепно-мозговые травмы – по 3,7% (соотв.: 3,2 и 4,2%;) и соматогении 6,5% (соотв.: 3,9 и 8,9%). Следует отметить то обстоятельство, только алкоголизация и наркотическая интоксикация, в частности анашакурение, коррелировали с дальнейшим типом течения шизофренического процесса, в частности с эпизодической шизофренией с нарастающим дефектом ( $p < 0,05$ ),

что свидетельствует о небольшой патогенности этого фактора в дебюте заболевания (фактор наибольшей вредности).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что алкоголизация и наркотическая интоксикация, в частности анашакурение является неблагоприятным фактором, так как коррелирует с эпизодическим шизофренией с нарастающим дефектом.

## **СООТНОШЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕБЮТА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.**

**Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров М.  
Андижанский Государственный медицинский институт.**

Цель исследования. Целью исследования явилось определение прогностической значимости соотношения наследственной отягощенности и экзогенных факторов в развитии дебюта эпизодической шизофренией.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных шизофренией с эпизодическим типом течения города Андижана с длительностью заболевания более 15 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%).

Результаты исследования и их обсуждение. Экзогенно спровоцированный дебют заболевания наблюдался у 190 больных (59,0%) ЭШ, причем достоверно чаще в рамках эпизодической шизофренией с нарастающим дефектом. Спонтанное начало заболевания было отмечено у 132 больных (41,0 %) и, соответственно, чаще при эпизодической ремитирующей шизофренией.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями была выявлена у 236 больных (73,3%, ) больных, из них шизофренией-у 120 (37,3%) больных, другими психическими заболеваниями- у 116 (36,0%) больных.

Сопоставительная оценка соотношения наследственной отягощенности и экзогенных факторов в развитии дебюта болезни показал, что спонтанное развития дебюта чаще наблюдалась при эпизодической ремитирующей шизофренией в группе больных без наследственной отягощенности (17,5% -7,7% соответственно  $p < 0,05$ ). Экзогенно провоцирующий дебют заболевания превалировал при ЭШНД в группе больных с наследственной отягощенностью шизофренией, как по сравнению с группой больных без наследственной отягощенности, так по сравнению с аналогичной группой в рамках эпизодической ремитирующей шизофренией отягощенности (37,0% -52,4% соответственно  $p < 0,05$ ) . Вероятно, сочетание наследственной отягощенности шизофренией и влияние экзогенных факторов в дебюте заболевания имеет неблагоприятное прогностическое значение. Разбор экзогений в этих же группах показал, что и здесь исключительно алкоголизация (наркотизация) коррелирует с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом.

Внутри эпизодической ремитирующей шизофренией между фактором наследственной отягощенности и характером экзогений обнаружены следующие закономерности: инфекции чаще встречались в группе больных с наследственной отягощенностью шизофренией, нежели в группе больных с ее отсутствием, а психогении чаще наблюдались в группе больных с наследственной отягощенностью другими психическими заболеваниями. Эти обстоятельства также подчеркивают

достаточно большую патогенность воздействия инфекции и комплекса экзогенных факторов в дебюте заболевания.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что сочетание потомственной отягощенности шизофренией и экзогенный нечто вроде алкоголизации (наркотизации), инфекций и сочетанного действия внешних моментов (психогении и инфекции; психогении и черепно-мозговые травмы; психогении, инфекции и беременность; инфекции и соматогении, черепно-мозговые травмы и алкоголизация) располагает неблагоприятное прогностическое значение.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ**

**Исломов Н.К., Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Норов М.Ч.  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Цель. Изучить диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения больных с ПОП, которые были оперированы у нас по поводу различных ургентных заболеваний органов брюшной полости. За последние 2 года (2021-2023 гг.) мы наблюдали 27 больных с ПОП. Лиц мужского пола было 19, женского - 8. Возраст больных колебался от 20 до 84 лет. С целью диагностики и лечения дальнейшей тактики лечения у 8 больных с ПОП было применена видеолапароскопия.

Результаты. Местный ПОП имел место у 2 (25,0%) больных, диффузный - у 5 (62,5%) и разлитой - у 1 (12,5%) больных. Источником перитонита у 1 больной являлся продолжающийся перитонит после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки, у 1 – прорыв поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость, сформировавшегося после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки, у 2 больных продолжающийся аппендикулярный перитонит, у 3 больных желчный перитонит на почве несостоятельности культи пузырного протока, а у 1 пациента – асцит перитонит, развившийся после операции.

После выполненных операций на органах брюшной полости первым тревожным признакам следует отнести ухудшение самочувствия больного: плохой сон, ощущение нехватки воздуха, тошнота, вздутие и распирающие в области живота, усиление чувства общей слабости, раздражительность, озноб, нарастающая жажда и др. Сухость во рту, сухой язык выявили у 25 больных с ПОП, в 4 наблюдениях язык был покрыт грязным сухим налетом. У 25 больных в начальной стадии ПОП отмечали тахикардию; у 20 из них тахикардия некоторое время была единственным симптомом ПОП и не сопровождалась другими объективными данными, позволявшими предположить наличие несостоятельности швов; лишь через 1-2 сут наряду с тахикардией выявились симптомы, характерны для перитонита. Снижение артериального давления наблюдали у 5 больных, находящихся в терминальной стадии разлитого ПОП.

Выявлению локальной болезненности в соответствующей области «катастрофы» в брюшной полости придавали особое значение в диагностике ПОП. При этом учитывали возраст больного и степень реактивности организма, конституциональный тип, характер операции, ее травматичность, применявшиеся после операции обезболивающие препараты, спазмолитики и т.д.

До операции из 27 больных с ПОП у 19 (70,4%) было выполнена обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; у 3 больных было обнаружено наличие свободного газа под диафрагмой и у 18 больных вздутие и парез кишечника.

УЗИ брюшной полости проводили 27 больным, в 18 (66,6%) наблюдениях выявляли свободную жидкость брюшной полости; у 16 (59,3%) из 27 больных с ПОП отметили вздутие кишечника и отсутствие перистальтики.

Выводы. После релапаротомии умерли 3 (11,1%) больных.

## **АНАЛИЗ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РАСТЕНИЙ TUSSILAGO FARFARA**

**Исломова С.Т.**

**Андижанский государственный медицинский институт.**

В данной статье представлены результаты исследования, направленного на оценку антирадикальной активности растений *Tussilago Farfara* с целью профилактики и устранения нарушений опорно-двигательного аппарата у человека.

Важно отметить, что в традиционной народной медицине для профилактики заболеваний позвоночника используются различные средства, в том числе мази, лечебные чаи, настойки и отвары из этих растений — *Tussilago Farfara*.

На протяжении всей древней истории целебная сила природы использовалась посредством использования лекарственных трав, специй, множества масел, чая, семян, а также изобилия фруктов и овощей, которые почитались за свои антиоксидантные свойства. Эти замечательные источники богаты разнообразными соединениями, известными своими мощными антиоксидантными свойствами, включая аскорбиновую кислоту, токоферолы, каротиноиды, а также сокровищницу флавоноидов, катехинов, полифенолов и фенольных кислот.

За последнее десятилетие произошел значительный всплеск исследований, посвященных свободным радикалам и их ключевой роли в возникновении различных заболеваний. Эта растущая область исследований пролила свет на то, как активация процессов перекисного окисления липидов в тканях организма тесно связана с возникновением патологий, связанных со свободными радикалами. Эти патологии охватывают широкий спектр проблем со здоровьем, включая, среди прочего, атеросклероз, гипертонию, ишемическую болезнь сердца, онкологические заболевания и катаракту.

В этом исследовании мы использовали спектрофотометрические методы для тщательного анализа кинетики восстановления стабильных радикальных молекул, в частности 2,2-дифенил-1-пикрилгидразида (ДФПГ), посредством их взаимодействия с антиоксидантами. Этот метод основан на взаимодействии антиоксидантов и стабильного хромогенного радикала 2,2-дифенил-1-пикрилгидразида (ДФПГ). Для приготовления рабочего раствора стандартный раствор ДФПГ ( $5 \times 10^{-4}$  М) в этаноле, подкисленный уксусной кислотой, тщательно разбавляли этанолом в соотношении 1:10. Полученный раствор должен иметь оптическую плотность не более 0,9 на длине волны 517 нм. Далее в 5 мл рабочего раствора ДФПГ вносили по 50 мкл экстрактов, полученных из исследуемых растений. Амальгамированный раствор тщательно перемешивали и тщательно контролировали динамику снижения оптической плотности в течение 30 минут при сохранении постоянной длины волны 517 нм. Изменения оптической плотности раствора ДФПГ в результате введения тестируемых образцов тщательно отслеживались для выяснения кинетического профиля этого

превращения. Следовательно, чтобы облегчить точное измерение и сохранить последовательность, мы сделали соответствующие разведения, смешав их с подходящим растворителем, а именно с ДМСО, в соотношении 1:100. Мы тщательно отслеживали изменение оптической плотности водного раствора ДФПГ с течением времени при систематическом добавлении растительных экстрактов по сравнению с контролем. Используя нелинейный регрессионный анализ, концентрацию DPPH определили как 0,1 мМ. Эти измерения проводились при стабильной температуре 20°C сразу после добавления тестируемых экстракта. Для обеспечения точных оценок эти образцы впоследствии были подвергнуты 100-кратному разбавлению соответствующим растворителем, а именно водой. Для точного количественного определения этой антирадикальной активности мы использовали стабильный радикал 2,2-дифенил-1-пикрилгидразил (ДФПГ) в сочетании с индикаторами t50, которые обозначают время, необходимое для достижения 50% снижения начальной концентрации радикалов для образцов под воздействием исследования. В реакции ДППГ с экстрактам при 20 °C t50 для образца № 1 составляет  $18,4 \pm 0,61$  с, для образца № 1 –  $49,6 \pm 4,24$  с (разбавленного в 100 раз). Мы рассчитали значения ингибирующей концентрации 50% (IC50) и соответствующее время, необходимое для достижения 50%-го снижения (t50) концентрации ДФПГ при его взаимодействии с исследуемым экстрактам.

Наш анализ экспериментальных результатов, полученных в результате изучения этих экстрактов, ясно показал, что экстракты № 1, демонстрируют заметно более высокую антиоксидантную окислительно-восстановительную эффективность (ARE) по сравнению с самим свободным радикалом DPPH.

Примечательно, что в существующей литературе уже представлено достаточно данных об антирадикальном потенциале экстрактов лекарственных растений.

Этот массив знаний последовательно продемонстрировал, что экстракты, обогащенные значительным количеством полифенолов и флавоноидов, имеют тенденцию проявлять самый высокий уровень антирадикальной эффективности.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ И НЕПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Исмаилов С.И.1, Садыков Р.А.1, Джуманиязов Д.А.1, Йигиталиев С.Х.1.2**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»1**

**Ташкентский государственный стоматологический институт2**

В общей структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) полипы занимают особое место. Наибольшую значимость эта проблема приобретает в аспекте онкологической настороженности. Показано, что при размерах полипа до 1 см вероятность его перерождения составляет около 1%, при размерах полипа от 1 до 2 см этот риск увеличивается и составляет от 5 до 10%. При размерах полипа свыше 2 см вероятность его перерождения составляет до 50%.

Поставленная задача в данном исследовании заключается в профилактике рецидивирования полипа, предотвращению возникновения кровотечения и других послеоперационных осложнений. Способ эндоскопического удаления полипов желудочно-кишечного тракта выполняют следующим образом:

В зависимости от локализации образования вводят гастроскоп или колоноскоп и выполняют осмотр зоны интереса, идентифицируют полип.

Подготавливают стерильный гель, для чего 1,0 г порошкообразной композиции НЕМОВЕН смешивают с 20 мл 0,1% раствора метиленовой сини при постоянном помешивании в течении 1 минуты.

Сразу же после перемешивания (чтобы избежать загустения) полученный гель вводят в подслизистый слой в область основания полипа посредством эндоскопического игольчатого инъектора из расчета 1,0 мл геля на площадь диаметром 10 мм с формированием валика в слизистой оболочке, который распространяется на 5-7 мм за пределы основания полипа.

Затем производят иссечение полипа вместе с окружающей здоровой тканью слизистой оболочки до подслизистого слоя, отступя от основания ножки полипа на 2-3 мм, путем использования диодного лазера системы Gbox (GIGAA) с длиной волны 1470 нм, мощностью до 10 Вт в импульсном режиме с частотой 2-5 Гц и площадью пятна до 2 мм.

После иссечения полипа с основанием для смыкания краев дефекта в слизистой оболочке в подслизистый слой вдоль дефекта с двух сторон повторно вводят 0,5 мл геля Хемобен (полученного в результате смешения 1,0 г порошкообразной композиции Хемобен и 20 мл 0,1% раствора метиленовой сини).

Окончательная ревизия зоны вмешательства и окончание эндоскопической манипуляции.

Преимущества способа: достигается полный и стойкий гемостаз; предупреждается риск повреждения мышечно-серозного слоя желудка, тем самым снижается риск перфорации органа; достигается радикальность удаления полипа независимо от формы его ножки; используется высокоэнергетический лазер, который обладает меньшей проникающей способностью в сравнении с электрокоагуляцией, а также ИК-лазерами с излучением в диапазоне 980-1,06мкм. Следовательно, обладает более щадящими свойствами.

Таким образом, разработанный способ эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта характеризуется простотой выполнения, при этом отличительными техническими аспектами методики являются формирование валика под образованием путем инъекции предложенной комбинированной гелевой субстанции для обеспечения локального гемостатического эффекта, улучшения контроля над зоной вмешательства, а также применение высокоэнергетического лазерного воздействия для увеличения радикальности удаления независимо от локализации, формы и размеров образования.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Исмаилов С.И.1, Джуманиязов Д.А.1, Йигиталиев С.Х.1.2**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»1**

**Ташкентский государственный стоматологический институт2**

Полипы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) определяются как просветные выступы над плоскостью прилегающей слизистой оболочки независимо от ее гистологического типа. Полипы верхнего отдела ЖКТ обычно

обнаруживаются случайно вовремя эзофагогастродуоденоскопии, а их распространенность оценивается от 0,5 до 23% от всех проведенных исследований. Цель данного исследования направлена на снижение риска рецидивирования, возникновения кровотечения и других послеоперационных осложнений после эндоскопического удаления полипов ЖКТ. Для этого в нашей клинике разработан способ эндоскопической эксцизии полипов ЖКТ. Основные технические аспекты способа включают введения геля, приготовленного из порошка Немобен и 20 мл раствора метиленовой сини, в подслизистый слой в область основания полипа с формированием валика. Далее производят иссечение полипа вместе с окружающей здоровой тканью слизистой оболочки до подслизистого слоя путем использования диодного лазера системы Gbox.

Клиническое исследование построено на оценке результатов лечения поверхностных образований в верхнем отделе ЖКТ. В группе сравнения у 134 (54,5%) пациентов удалено – 182 образования и в основной группе у 118 (55,1%) больных удалено 167 образований). Пациентов с одиночными образованиями в группе сравнения было 104, в основной группе – 86, единичные образования (до 5) были у 29 и 30 пациентов соответственно, множественные (до 20) только у 1 и 2 пациентов. Средний размер образований в группе сравнения составил 0,9 см, в основной группе 1,0 см.

Эндоскопические вмешательства в группе сравнения включали холодное удаление биопсийными щипцами, холодное удаление петлей, тепловое удаление электроэксцизией, EMR и диссекцию в подслизистом слое. В основной группе применен новый метод эндоскопической эксцизии.

Проведенное исследование по первой клинической оценке эффективности предложенного способа эндоскопического удаления поверхностных новообразований верхнего отдела ЖКТ позволило установить, что данная методика увеличивает вероятность выполнения эксцизии единым блоком с 69,8% до 82,6% ( $\chi^2=7,874$ ;  $df=1$ ;  $p=0,006$ ), существенно снижает риск геморрагических проявлений, требующих дополнительных манипуляций после удаления как во время вмешательства (с 6,6% до 0%), так и отсроченных кровотечений в ближайший период (с 3,3% до 0,6%) ( $\chi^2=14,966$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), а также в целом общей частоты осложнений с 7,5% до 0,8% ( $\chi^2=6,578$ ;  $df=1$ ;  $p=0,011$ ), в целом также получено сокращение госпитального периода после вмешательства с  $3,5\pm 1,2$  до  $3,1\pm 0,9$  суток ( $t=2,90$ ;  $p<0,05$ ). При этом методика позволяет выполнить R0-резекцию в 91,5% случаев (при полипах до 1,0 см – 96,3%, более 1,0 см – 88,6%).

Анализ отдаленных результатов позволил определить, что эксцизия полипов с применением диодного лазера по предложенной методике, за счет технических особенностей способа позволила снизить риск рецидива формирования поверхностных новообразований с 17,4% до 3,1% ( $\chi^2=11,219$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), при этом данная тенденция отмечена как при удалении единым блоком (доля рецидива снижена с 5,0% до 0,9%;  $\chi^2=4,511$ ;  $df=1$ ;  $p=0,034$ ), так и при фрагментированной эксцизии (с 28,0% до 7,7%;  $\chi^2=4,244$ ;  $df=1$ ;  $p=0,040$ ), а также в зависимости от исходных размеров полипов: до 1 см с 7,8% до 0,9% ( $\chi^2=6,324$ ;  $df=1$ ;  $p=0,012$ ), 1-2 см – с 33,3% до 4,5% ( $\chi^2=5,683$ ;  $df=1$ ;  $p=0,018$ ) и при образованиях более 2 см – с 60,0% до 8,3% ( $\chi^2=5,236$ ;  $df=1$ ;  $p=0,023$ ).

Обобщая все результаты лечения можно отметить следующее. Если рассматривать всех пациентов, исходно наблюдавшихся и в последствии прослеженных в отдаленном периоде после эндоскопических вмешательств, то внедрение новой методики эндоскопической эксцизии полипов верхнего отдела ЖКТ

позволило в целом улучшить результаты лечения. В нашем исследовании к хорошим мы отнесли результаты, которые исключали развитие ближайших осложнений после манипуляции и рецидивов образования полипов. Удовлетворительными считались результаты, при которых не отмечено рецидивов патологии, но имели место какие-либо клинически значимые осложнения, разрешенные консервативно (постполипэктомический электрокоагуляционный синдром) или повторным эндоскопическим вмешательством (отсроченные кровотечения) (степень 2-3a по Clavien-Dindo). Неудовлетворительными считались результаты, когда имело место осложнение, потребовавшее экстренной операции (перфорация, (степень 3b по Clavien-Dindo) или в отдаленном периоде отмечены рецидивы формирования новообразований. Если рассматривать когорту только прослеженных в отдаленном периоде пациентов, то доля хороших результатов в группе сравнения составила 73,4% (у 20 из 109 больных), удовлетворительных – 8,3% (9) и неудовлетворительных – 18,3% (20). В основной группе результаты соответствовали хорошим в 95,9% (у 94 из 98 пациентов) случаев, удовлетворительным в 1,0% (1) и неудовлетворительным в 3 (3,1%) случаев ( $\chi^2=19,562$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

## **Н. PYLOGI ASSOЦИАЦИЯЛАШГАН МЕЪДА КАСАЛЛИКЛАРИДА ХОС КЛИНИК КЎРИНИШЛАРНИ ЎРГАНИШ**

**Исмаилова Ж.А., Ермекбаева А.У., Зинатдинова И.К.**

**Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, Қорақалпоғистон тиббиёт институти**

Тадқиқот мақсади. Н.pylogi ассоциациялашган меъда касалликларида хос клиник ўзгаришларни ўрганиш.

Тадқиқот объекти 279 нафар меъда касалликлари билан оғриган беморлар бўлиб, барча беморлар, патологик жараённинг нозологиясига қараб, бешта тадқиқот гуруҳига бўлинган, уларнинг натижалари қиёсий жиҳатдан ўрганилган: 105 нафар сурункали атрофик бўлмаган гастрит (САБГ), 58 - сурункали атрофик гастрит (САГ), 36 - меъда яра касаллиги (МЯК), 50 меъда МАЛТ- лимфомаси ва 30 меъда саратони (МС) билан.

Натижалар. Ўрганилаётган беморларда жинсини ўрганиш сезиларли гендер устунлигини кўрсатмади, бу иккала тур вакилларининг Н.pylogi бактерияси билан тенг зарарланишини кўрсатади: 154 эркак (55,3%), 125 аёл (44,7%). Беморларнинг ёши 19 дан 73 ёшгача, ўртача 46,7±0,5 йилни ташкил этди. ЖССТ таснифига кўра беморларнинг ёш тақсимотига биноан (2012й), хеликобактер билан боғлиқ меъда касалликлари ёш ва ўрта ёшдаги беморларда кўпроқ - 81% кузатилган.

Даволашдан олдинги даврда клиник кўринишлар астения, қорин оғриғи ва диспептик синдромлар нуктаи назаридан баҳоланган. Хусусан, Н.pylogi-ассоциациялашган клиник кўринишлар учта клиник синдром бўйича тақдим этилган: оғриқ, диспептик (ҳазм қилиш бузилишининг белгилари) ва астено-невротик. Н.pylogi-ассоциациялашган меъда касалликларининг клиник кўринишида оғриқ синдроми патоген бактериал штаммдан қатъий назар ўзини намоён қилиб, 129 (55,6%) беморда кузатилган. Меъда яраси билан оғриган беморларда нозологик гуруҳларда турли интенсивликдаги оғриқ синдроми кўпроқ аниқланган - 64,5% ва меъда саратони билан - 96,2% ҳолларда, ўртача кучли оғриқ синдроми САГ билан оғриган беморларда - 34,5% ва сурункали гастрит билан - 41,6% ҳолларда, МАЛТ- лимфома билан оғриган беморларда - 46,7% ҳолларда. МАЛТ-лимфомаси бўлган нозологик гуруҳларда оғриқ синдроми интенсивлиги САГ гуруҳига қараганда анча юқори. Ўсма бўлмаган касалликларга чалинган нозологик

гуруҳларда оғрикнинг куч интензивлиги меъда безларининг секретор фаоллиги ошиши билан изоҳланади. САГ ва САБГ дан фарқли ўлароқ, МАЛТ-лимфомаси ва меъда саратонида кучли оғрик синдроми парагастрик тузилмаларнинг патологик жараёнга жалб қилинишидан келиб чиқади.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, *H.pylori*-ассоциялашган меъда касалликлари билан умумий гуруҳдаги 156 (67,2%) беморларда овқат ҳазм қилишнинг бузилиши белгилари кузатилган. САБГ билан оғриган 42 (50%) беморларда иштаҳа ўзгармади, ич қотиши, метеоризм тенденцияси кузатилди. САГ билан оғриган 40 (81,6%) беморларда клиник кўринишда биринчи ўринда диспептик синдром, иштаҳанинг пасайиши, оғизда металл таъм ҳисси, турғун бўлмаган ахлат кузатилган. Меъда яраси билан оғриган беморларда диспептик синдром ўртача даражада эди - 19 (61,2%) ва диспептик синдромнинг энг юқори оғирлиги меъда саратони билан оғриган беморларда - 25 (96,2%) ва МАЛТ лимфомасида - 30 (71,4%) бўлса, 150 (64,7%) беморда эса астено-невротик синдром кузатилган.

Хулоса. *H.pylori*-ассоциялашган меъда касалликларининг клиник кўринишини бактериянинг патоген штамлари мавжудлигига боғлиқлигини ўрганиш қиёсий даволаш жараёнида клиниканинг динамикасини баҳолашни ўзаро боғлаш имконини беради.

## **МЕЪДА КАСАЛЛИКЛАРИДА *H. PYLORI* НИНГ ПАТОГЕН СТАТУСИНИ БЕРУВЧИ ГЕНЛАРИНИ ЎРГАНИШ**

**Исмаилова Ж.А., Ермекбаева А.У., Зинатдинова И.К.**

**Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, Қорақалпоғистон тиббиёт институти, Ўзбекистон**

Тадқиқот мақсади. *H. pylori* нинг меъда касалликларида патогенлигини ўрганиш.

Тадқиқот объекти. 279 нафар меъда касалликлари билан оғриган беморлар бўлиб, барча беморлар, патологик жараённинг нозологиясига қараб, бешта тадқиқот гуруҳига бўлинган, уларнинг натижалари қиёсий жиҳатдан ўрганилган: 105 нафар сурункали атрофик бўлмаган гастрит (САБГ), 58 - сурункали атрофик гастрит (САГ), 36 - меъда яра касаллиги (МЯК), 50 меъда МАЛТ- лимфомаси ва 30 меъда саратони (МС) билан. Жами 279 нафар ошқозон-ичак касалликларини ошқозон биопсиясидан *ureC* (*glm*) генини Реал тайм полимераза занжир реакцияси (ПЗР) ўтказилди.

Натижалар. Олинган ПЗР натижаларини таҳлил қилиш текширилган 279 беморнинг 232 тасида (83,2%) *H.pylori ureC* генининг мавжудлигини кўрсатган. 47 (16,6%) беморда *ureC* гени аниқланмаган. Барча нозологик гуруҳларда *H.pylori* ни аниқлаш даражаси назорат гуруҳига қараганда 1,3 баробар юқори (83,2% ва 63,7% ҳолларда). 80 нафар соғлом инсонлардан иборат назорат гуруҳида 51 нафарида (63,7%) *ureC* гени аниқланган бўлса, 29 тасида (36,3%) *ureC* гени аниқланмаган. Бинобарин, олинган натижалар *H.pylori* мавжуд беморларда назорат гуруҳига нисбатан касалликнинг ривожланиш хавфи статистик жиҳатдан сезиларли даражада 2,2 ва 3,6 мартага ошган. Ташхислаш самарадорлиги классификатори (AUC-классификатор) бўйича *H.pylori ureC* гени барча касалликларда ўртача кўрсаткични (ўртача 60 %) классификаторни намоён қилди. Ўз навбатида, бу *H.pylori* мавжудлигини тасдиқловчи маркер сифатида *ureC* генидан фойдаланишга асос бўлади. *UreaC H.pylori* организмда бактериялар мавжудлигини тасдиқловчи маркер ген бўлиб хизмат қилади, лекин у бактерияларга патогенлик хусусиятларини берувчи асосий ген ҳисобланмайди.

Натижалар шуни кўрсатдики, 232 нафар беморларнинг 194 тасида (83,6%) *CagA* гени аниқланган бўлса, 38 нафарида (16,3 %) аниқланмаган. 51 нафар назорат гуруҳидаги инсонларнинг 28 тасида (54,9%) *CagA* гени аниқланган бўлса, 23 тасида (45,1%) аниқланмаган. *CagA* генини нозологик гуруҳлар бўйича таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, касалликнинг ривожланиши билан патоген *CagA* генини аниқланиш фоизи ошган. Тадқиқот натижаларини шарҳлаш шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги соғлом назоратдан фарқли ўлароқ, *H.pylori*-ассоциялашган меъда касалликлари бўлган беморларда *CagA* гени 1,5 баробар кўпроқ аниқланган (мос равишда 83,6% / 54,9%).

Хулоса.Ташхислаш самарадорлиги (AUC-классификатор) бўйича *CagA* гени барча касалликларда ўртача кўрсаткични (61,8-66,8 %), намоён қилди. Бу эса *CagA* генини *H.pylori* патоген ёки нопатоген штамми эканлигини ташхислашда маркер ген сифатида олиш мумкинлигини билдиради. *CagA* генининг нозологик гуруҳлар билан боғланишини таҳлил қилиш касалликнинг оғир шакллари ривожланишида унинг етакчи ролини кўрсатади.

## **Н. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Исмаилова Ж.А., Еремекбаева А.У., Зинатдинова И.К.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации,  
Каракалпакский медицинский институт, Узбекистан**

Цель исследования: изучение эндоскопических результатов *Helicobacter pylori* (НР)-ассоциированного заболевания желудка.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 322 больных. Возраст пациентов варьировал от 26 до 73 лет, составляя в среднем 47,3±0,4 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб на абдоминальные боли, явлений диспепсии, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), гистологического исследования гастробиоптатов, верификацией НР.

Результаты. При ЭГДС выявлено различная степень воспалительных изменений, выражающееся характерной васкуляризацией и гиперемией, отеком и лимфоидной инфильтрацией слизистой оболочки желудка (СОЖ). Несмотря на наличие НР контаминации, локализация процесса при НР-ассоциированных заболеваниях желудка существенно различались. Для хронического атрофического гастрита (ХАГ) была характерна локализация НР-обусловленных воспалительных изменений в СОЖ антрального отдела – 90,5%, которая не имела место в проксимальном отделе. При неатрофическим хроническом гастрите (НХАГ) обсеменение антрального отдела желудка выявлено у 46,5% пациентов. Однако, отмечалось некоторое увеличение частоты локализации НР в проксимальных отделах по сравнению с ХАГ - 34,5% против 9,5% соответственно. Выявляемость НР контаминации в зависимости от локализации воспалительного процесса также различались при язвенной болезни желудка (ЯБЖ), рака желудка (РЖ) и МАЛТ-лимфоме желудка. При этом характерно было превалирование во всех случаях обсеменения антрального отдела желудка, что составило 75,0, 56,5 и 56,0% соответственно. Следует отметить, что при МАЛТ-лимфоме и раке желудка имеет место наиболее высокая частота инфицированности. Для МАЛТ-лимфомы также была характерна более высокая частота тотальной контаминация НР – 22,0%.

Истончение СОЖ на фоне гиперемии отмечено у 80,0% пациентов с ХАГ. НР-ассоциированный ХНАГ в 67,6% случаях выражался отеком СОЖ, эрозии обнаруживались у 61,9% пациентов. В отличие от этого, при ХНАГ гиперемия вследствие выраженного сосудистого рисунка имела место у 32,7% пациентов и эрозивный процесс у 17,2%. Наиболее выраженная воспалительная реакция была свойственна ЯБЖ, выражающаяся отеком – 75,0% и гиперемией СОЖ – 80,6%, обусловленной НР обсеменением. Для МАЛТ-лимфомы наиболее характерной было наличие лимфоидной инфильтрации у 86,0% пациентов. При этом отмечена визуализация лимфоидных фолликулов в виде выбуханий на стенках желудка. Выводы: исследования выявили прямую корреляцию между клиническими проявлениями эндоскопических маркеров НР и степенью обсеменённости в СОЖ.

## **ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИИ**

**Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б.**

**Самаркандский Государственный Медицинский Университет**

**Цель исследования.** Симультанное выполнение увеличения груди подмышечным доступом с субфасциальным карманом предложено при операции по увеличению груди. Новая технология силиконовых имплантатов и недавние достижения в трансплантации аутологичной жировой ткани открыли новую эру увеличения груди. Целью данного исследования было представить комбинированный субфасциальный эргономичный подмышечный гибридный метод и оценить его эстетические преимущества после первичной/вторичной увеличения груди.

**Материалы и методы исследования.** Всего 42 пациенткам (84 молочной железы) была проведена операция по увеличению груди по методике субфасциальный гибридный доступ; этот подход был показан, когда вышележащей ткани было недостаточно для адекватного покрытия имплантата. Ретроспективно рассматривались карты всех последовательных первичных и вторичных операций увеличения груди, выполненных подмышечным доступом. Все участники исследования предоставили письменное информированное согласие, и исследование проводилось в соответствии с положениями Все процедуры проводились в течение 32 месяцев. Все пациенты были кандидатами на первичную операцию по увеличению груди, определяемую как двусторонняя гипомастия без птоза или предшествующая операция по увеличению груди с осложнениями/жалобами, такими как капсулярная контрактура (КК), асимметрия. **Результаты.** Средний возраст пациентов составил 34,6 года (диапазон 28–56 лет), средний ИМТ составил 18,8 кг/м<sup>2</sup> (диапазон 14,4–26,1 кг/м<sup>2</sup>). Наиболее распространенный объем имплантата составлял 255 куб.см (диапазон 175-355 куб.см), пациенты получали средний объем жира 96 мл (диапазон 60-145 мл) на каждую грудь в подкожной клетчатке. Среднее значение растяжения нижнего полюса составило 40,5% (21,75 мм) и 13,1% (9,9 мм) от предоперационного периода до 10 дней после процедуры и от 10 дней до 18 месяцев после процедуры соответственно. Послеоперационные осложнения включали подкожные бандажии в подмышечной впадине (n = 3, 7,1%), небольшие расхождения ран (n = 1, 2,3%) и гипертрофические рубцы (n = 1, 2,3%). В течение среднего периода наблюдения в течение 18 месяцев (диапазон 6–32 месяцев) не наблюдалось рубцы, неправильного положения имплантата, инфекции или жирового некроза.

**Выводы:** Субфасциальный гибридный доступ — преимущественный и универсальный метод. Подход к субфасциальному гибриднему доступу в сочетании с недавним прогрессом в хирургических методах и имплантатах нового поколения может улучшить эстетические результаты после увеличения груди, и наши результаты показывают, что это последовательная процедура. Несмотря на это, важные технические шаги должны быть запланированы до операции. Предоперационное обследование пациента имеет решающее значение для оценки показаний, выбора подходящих объемов для имплантата и определения размеров кармана, а также тщательного интраоперационного ведения. В сочетании с клиническим опытом эти данные помогут хирургам добиться более безопасных эстетических результатов при увеличении груди.

### **ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕГКИХ ГРУДНЫХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ И УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ .**

**Исмат О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б.  
Самаркандский Государственный Медицинский Университет**

**Цель исследования.** Целью данного исследования было сравнение послеоперационной боли и времени восстановления у пациентов, перенесших первичное увеличение груди с использованием легких и полномассовых имплантатов аналогичного объема. Мы предположили, что уменьшенная механическая нагрузка, создаваемая легкими имплантатами, вызывает меньше боли.

Послеоперационная боль, связанная с увеличением груди, является основной проблемой для большинства пациентов и может повлиять на решение об операции.

**Материалы и методы исследования.** В этом ретроспективном обсервационном исследовании приняли участие 60 женщин, перенесших первичное увеличение груди с помощью легкого грудного имплантата (ЛМИ n=30) или традиционный полномассовый силиконовый имплантат (ПМИ n=30), с ними связались по телефону и спросили об их послеоперационном опыте и общей удовлетворенности результатом. Всех женщин лечила одна и та же хирургическая бригада, и обе группы были сопоставимы по дате операции.

**Результаты исследования.** Большинство пациентов в двух группах имели дооперационный размер чашки В и относительно высокую толерантность к боли. В среднем пациентки ЛМИ были на 5 лет старше, чем пациенты, перенесшие полномассовую имплантацию ( $31,4 \pm 7,7$  против  $24,3 \pm 7,0$ ;  $p = 0,0004$ ), и у большего числа пациентов была хотя бы одна беременность ( $61,2\%$  против  $24\%$ ,  $p = 0,0002$ ). Пациенты с ЛМИ выбрали имплантаты на  $34 \pm 24,4$  см<sup>3</sup> больше, чем пациенты в контрольной группе. В большинстве случаев было выбрано субжелезистое размещение (ЛМИ:  $82,4\%$  и полная масса:  $90,0\%$ ). Средняя послеоперационная боль была ниже в когорте ЛМИ ( $5,5 \pm 2,4$  против  $6,5 \pm 2,4$ ) и требовала более короткой продолжительности применения анальгетиков ( $3,87 \pm 1,77$  дня против  $5,26 \pm 2,94$  дня;  $p = 0,009$ ). Показатели, скорректированные по возрасту и паритету, продемонстрировали соответственно более короткий период восстановления и интервал возврата к нормальной активности на 2 и 5 дней в группах ЛМИ по сравнению с когортами с имплантатами полной массы ( $p = 0,06$  и  $p = 0,003$  соответственно).

**ВЫВОДЫ.** Это первоначальное сравнение периода восстановления после операции по увеличению груди с применением ЛМИ и полномассовой операции по

увеличению груди с использованием силиконовых имплантатов показало, что ЛМИ сопровождается меньшей послеоперационной болью и более быстрым периодом восстановления. Пациенты с легкими имплантатами сообщали о меньшей боли, принимали меньше обезболивающих и быстрее возобновляли свою нормальную жизнь по сравнению с пациентами с полномассовыми имплантатами. Такой послеоперационный опыт неизменно связан со значительно более высоким уровнем удовлетворенности пациентов и качеством жизни. Ожидается, что эти наиболее желательные результаты подавят постоянное стремление к минимизации боли, что принесет значительные клинические преимущества в дополнение к долгосрочным преимуществам легкой имплантат (ЛМИ).

## **ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ.**

**Исоков Х.А. , Махмудов Н.И., Бозоров Ш.Т. Дадажонов Ф.А.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность: ДГПЖ одно из наиболее распространённых заболеваний у мужчин пожилого возраста, её частота повышается с возрастом более 50% среди лиц 50 летнего возраста. Основное методом лечение ДГПЖ до сих пор остается оперативное - открытая аденомэктомия. Оперативного лечение этого заболевания сопровождается большим риском развития тромбгеморрагических осложнений. Тромбгеморрагические осложнения составляют основную причину послеоперационной летальности ( 12.5-16.2%) по данным различных автором.

Целью наших исследований явилось изучение факторов тромбгеморрагических осложнений при ДГПЖ разработать и внедрить в урологии новые эффективные методы профилактики и лечения их под нашим наблюдением находилось 43 больных с ДГПЖ средний возраст который составил 65 +-1.2 года. 14 больным произведены одномоментные чреспузырную аденомэктомию. 24 больным произведены второй этап аденомэктомия простаты. Все были разделены на 2 гр: в первую вошли 25 больных с изменениями в гемостазиограмме, которым применяли клексан, а также свежемороженную плазму, орошение мочевого пузыря с раствором фурациллина. Вторая ( контрольная) группа -18 больных, которым применялись другие методы профилактики ( реополиглукин в/в, тромбоАсс таб 1 р.в.д. в течение 5 -7 дней до и после операции, бинтование нижних конечности и др). Обследование больных включала: общий и биохимические анализы крови, анализ мочи в 1 мл, бак посев мочи, гемоглобин в суточной мочи, изучение гемостазиограмми, УЗИ и рентгенологические методы исследование.

Применения низкомолекулярного клексана 0.4 проводилось под контролем коагулограммы за сутки до операции и течение 5 сутки после операции применение низкомолекулярного клексана в комплексе с другими методами профилактики снизило частоту тромбгеморрагические осложнение после аденомэктомии простаты.

Вывод: Таким образом, применяя клексан в комплексе мер профилактики тромбэмболических осложнение, мы добились хороших результатов, сократили сроки пребывания больных в стационаре, снизили частоту послеоперационной летальности.

## УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕР ЭКГ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Исоммдинов А.С., Ибрагимова Г.Н., Гиесов Д.Т., Исокжонов Ш.Ш.  
Наманганский Филиал Республиканский Научный Центр  
Экстренной Медицинской Помощи

Целью работы явилось изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы: Обследована группа из 55 больных стенокардией, госпитализированных в клинику Наманганский Филиал РНЦЭМП в отделении 2 неотложное кардиологии. Среди пациентов было 39 женщин и 16 мужчин в возрасте от 41 до 72 лет (средний возраст  $51,4 \pm 0,9$  лет). Первую группу составили 25 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм. и более косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм. и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты: «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих аритмий (в основном – экстрасистол) резко (в 6–29 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 55 больных выявлено  $4,20 \pm 0,26$  эпизода, тогда как только  $2,1 \pm 0,13$  из них сопровождались появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 32 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно,  $p < 0,05$ ). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение: вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ

элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

## **РИСКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ**

**Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Кожамбердиева Д.А., Мирсалиев М.М.  
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова**

**Введение.** В последние десятилетия острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) является одним из самых серьёзных осложнений, связанных с различными формами острых повреждений лёгких. ОРДС характеризуется резким ухудшением газообмена, прогрессирующей гипоксемией и инфильтрацией интерстициальной и альвеолярной ткани, что ведет к тяжелой дыхательной недостаточности. ОРДС может быть вызван широким спектром причин, включая инфекции, травмы, сепсис и вдыхание токсичных веществ. Помимо непосредственного воздействия на легкие, ОРДС также связан с рядом системных осложнений, в том числе с сердечно-сосудистыми нарушениями, которые значительно ухудшают прогноз для пациентов. Сердечно-сосудистые осложнения при ОРДС могут варьироваться от нарушения функции миокарда до развития острой сердечной недостаточности, аритмий и тромбоэмболических событий. Эти осложнения усугубляют уже тяжелое состояние пациентов, повышая риск летального исхода и осложняя процесс лечения. Взаимосвязь между ОРДС и сердечно-сосудистыми осложнениями сложна и многоаспектна, включая как непосредственное повреждение сердечно-сосудистой системы, так и последствия системного воспалительного ответа.

Несмотря на значительные усилия исследователей в изучении ОРДС и его осложнений, многие аспекты этой взаимосвязи остаются недостаточно понятными. Особенно это касается механизмов, лежащих в основе развития сердечно-сосудистых осложнений, и определения факторов риска, которые могут предсказывать развитие этих осложнений у пациентов с ОРДС.

**Цель исследования.** Анализ научных исследований о влиянии острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) на развитие сердечно-сосудистых осложнений, с акцентом на смертность и органную дисфункцию, опубликованных в наиболее авторитетных изданиях с доказательной базой.

**Материал и методы исследования.** Поиск осуществлялся в следующих базах - PubMed, Google Scholar, Scopus, Embase, Web of Science. В обзор были включены публикации на английском языке, которые представляли собой оригинальные исследования, обзорные статьи, мета-анализы и клинические руководства, посвященные изучению сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ОРДС. Всего было найдено 226 статей, среди которых 107 оказались повторяющимися. После первичного анализа 119 статей, 48 были исключены по причинам, таким как отсутствие контрольной группы и несоответствие между целями исследования и его названием. Детально рассмотрена 71 статья, из которых 39 исключены из-за отсутствия рандомизации участников и наличия методологических недостатков. Количество статей, вошедших в исследование – 32.

Для оценки качества и надежности исследований применялись различные инструменты оценки, в зависимости от типа статьи. Для оригинальных исследований использовались критерии CONSORT, для мета-анализов — PRISMA, а для клинических рекомендаций — AGREE.

Результаты исследования. Определено, что взаимодействие сердца и лёгких внутри грудной полости играет ключевую роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений при остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС), что обусловлено изменениями в легочном сопротивлении, гипоксии и воспалении.

Исследование выделяет три группы взаимосвязи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и ОРДС: ОРДС, вызванный кардиологическими причинами; ОРДС, приводящий к нарушению функции сердца; и ОРДС в сочетании с кардиомиопатией как сложный синдром заболевания.

Выявлены четыре субфенотипа кардиальных ОРДС на основе эхокардиографических и гемодинамических параметров, с различным уровнем смертности и связанными с ними сердечно-сосудистыми осложнениями.

Повышенные уровни кардиальных биомаркеров, таких как тропонин и BNP, ассоциируются с ОРДС и связаны с более высокой смертностью.

Вывод. Необходима комплексная диагностика пациентов с ОРДС для выявления возможных сердечно-сосудистых осложнений, включая определение кардиальных ферментов, BNP, проведение эхокардиограммы и оценку давления в легочной артерии. Важно раннее определение пациентов, подверженных высокому риску развития ОРДС и сердечно-сосудистых осложнений, для принятия специфических профилактических и снижающих риск стратегий.

Подчеркивается важность понимания взаимодействия между сердцем и дыхательной системой в контексте ОРДС и сердечно-сосудистых осложнений для улучшения управления состоянием пациентов и снижения смертности.

Более глубокое понимание взаимосвязи между ОРДС и сердечно-сосудистыми осложнениями, подчеркивает необходимость интегрированного подхода к диагностике и лечению для улучшения клинических исходов у данной категории пациентов.

## **МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ В УСЛОВИЯХ АККЛИМАТИЗАЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОШГУ, ПРИЕХАВШИХ ИЗ БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ**

**Исраилова З.А., Нурбек кызы А., Омуралиева Ч.Э., Маманова В.А.,  
Исманиалиева С.И.**

**Ошский государственный университет**

Актуальность. Организм женщины очень чувствителен к различным внешним и внутренним изменениям, что часто проявляется в виде нарушений менструального цикла (МЦ), которая составляет в структуре гинекологической заболеваемости 20%. Нарушение регулярного установленного менструального цикла может быть реакцией организма на стресс, изменение климата, колебания часовых поясов. Установлено, что каждая пятая женщина в периодах после перелёта и акклиматизации отмечает сбой в своём менструальном цикле. В условиях акклиматизации организм приспосабливается к новым условиям среды, что сопровождается гормональными сбоями, результатом чего являются различного рода нарушения МЦ.

Цель. Выявить нарушение менструального цикла в условиях акклиматизации среди студенток медицинского факультета ОшГУ, приехавших из ближнего зарубежья.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 321 девушек медицинского факультета Ошского государственного университета с 1 по 4 курс. Возраст исследуемых варьировал от 18 до 30 лет, средний возраст составил 24 года. Студентки являлись приезжими из Узбекистана (92,2%), Туркменистана (5,3%) и Таджикистана

Результаты исследования. Климат Кыргызстана континентальный, в то время как страны, из которых приехали обследованные нами студенты являются резко континентальными с преобладанием сухого элемента. В ходе нашего исследования мы получили следующие результаты: вес исследуемых у 87,5% составил 50-70 кг, у 10,6% - 70-90 кг, у 1,9% - 90-100 кг; первая менструация у 24,6% студенток началась в возрасте 9-12 лет, у 66,4% в возрасте 13-16 лет, а у 9% - в 17-20 лет.

Нарушение менструального цикла после приезда в город Ош отметили 17,4% девушек, а до приезда отмечали нарушение МЦ у себя 23,7%. Характер нарушений МЦ включали обильные менструации - 14,3%, редкие менструации - 15%, болезненные менструации - 53,3% и отсутствие менструации у 17,4% девушек.

Из 321 девушек у 44 (13,7%) выявились гинекологические заболевания в виде воспалительных заболеваний - 3,4%, миомы матки - 1,6%, кисты яичника - 2,2% и других патологий - 6,5%. У 85 (26,5%) девушек обнаружилось соматические заболевания в виде ожирения - 4%, анемии - 17,4% и заболеваний щитовидной железы - 5%.

По поводу жалоб со стороны репродуктивной системы к гинекологу обращались 41,4% девушек, но эффект от назначенного лечения был лишь у 35,5%. Из обследуемых, как оказалось, живут половой жизнью 23,4%, а 8,4% девушек используют противозачаточные средства. На вопрос об искусственном прерывании беременности ответили положительно 22 (6,9%) девушек.

Выводы. Климатические условия в нашей стране и странах ближнего зарубежья, из которых приехали наши студентки, отличаются влажностью, суточными колебаниями температур и количеством осадков, но как таковой резкой разницы в биологических часах и времени года не имеется. Несмотря на это всё же у 56 (17,4%) девушек обнаружилось нарушения менструального цикла именно после приезда в город Ош. По характеру нарушений на первом месте были альгодисменорея - 53,3%, на втором месте была такая серьезная патология, как аменорея - 17,4% и на третьем месте оказалась олигоменорея - 15%. Из 321 опрошенных девушек почти у 1/5 отмечались другие гинекологические заболевания в виде воспалительных заболеваний, миомы матки и кисты яичника и других патологий со стороны репродуктивной системы, а у более чем 1/4 девушек обнаружилось другие соматические нарушения в виде заболеваний щитовидной железы, ожирения и анемии. Более чем 50% девушек не обращались к гинекологу, что может вызвать прогрессирование гинекологической патологии и привести к потере детородной функции, что для таких молодых девушек и для народа будет иметь неблагоприятный исход.

## АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИССЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

**Исраилова Зухра Шерзодовна, Пардаева Озода Гайратовна**  
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Бесплодие является не только медицинской, но и социальной проблемой. На сегодняшний день практика показывает, что предложенные рутинные и неинвазивные методы исследования бесплодия как УЗИ, МРТ, КТ, гистеросальпингография хотя и имеют свои преимущества не всегда удовлетворяют потребности врачей. Эти диагностические стандарты первой линии достаточно точно определяют наличие больших патологий матки, но не всегда могут определять следующие поражения как – эндометриоз, эндометриты, полипы, синехии и маленькие миоматозные узелки.

Кроме того, очень важно учитывать такие распространенные проблемы, как эндометриоз и эндометрит. Эндометриоз – это заболевание, при котором ткань, подобная эндометрию (внутреннему слою матки), растет за пределами матки, что может привести к бесплодию. Эндометрит, с другой стороны, представляет собой воспаление эндометрия, которое также может негативно сказаться на возможности женщины забеременеть. Поэтому, при обследовании женщин с подозрением на бесплодие, необходимо учитывать возможное наличие эндометриоза и эндометрита. Для более точной диагностики и определения наличия этих состояний могут потребоваться дополнительные методы исследования, такие как лапароскопия, гистероскопия и биопсия эндометрия.

Внимательное и всестороннее исследование данных состояний позволит врачам эффективнее определить причину бесплодия и разработать соответствующий план лечения для каждой конкретной пациентки.

Цель исследования: оценка роли эндовизуальных методов исследования и лечения при ведении женщин с вторичным бесплодием.

Материал и методы исследования: были обследованы 35 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в отделение гинекологии Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра в 2022 -2023 г с II бесплодием, которым были проведены лапаро- и гистероскопия.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст респондентов и средняя длительность бесплодия составили  $27,8 \pm 8$  и  $5,3 \pm 3,6$  лет соответственно. Из 35 женщин с бесплодием 20 имели кесарево сечение в анамнезе. У 19 (54%) женщин из 35 гистероскопическая картина была нормальной. Этим женщинам симультанно проведена диагностическая лапароскопия с хромопертубацией. У остальных 16 (46%) женщин во время диагностической гистероскопии выявлены различные внутриматочные патологии: внутриматочные синехии - 1, хронический эндометрит 2, полипы эндометрия - 3, субмукозная миома матки - 2, эндометриоз 1, истмоцеле - (6%) и инородные тела полости матки - 5. У 1 женщины выявлены внутриматочные синехии различной протяженности легкой и средней степени, которым провели рассечение синехии с помощью ножниц. У 5 женщин во время диагностической гистероскопии выявлены лигатуры полости матки в области предполагаемого рубца после кесарева сечения, которые были удалены холодным путем. А 2 женщинам с выявленным истмоцеле выполнена симультанная лапароскопическая иссечение истмоцеле, после чего края раны зашивались викриловыми швами. У 2 женщин была диагностирована

субмукозная миома матки, которым провели гистероскопическую миомэктомию. У 2 остальных женщин с эндометритом морфология материала, полученного при гистероскопии будет изучаться методом прямой иммуногистохимии.

У 19 (54%) женщин с нормальной гистероскопической картиной симультанно была проведена диагностическая лапароскопия, при которой выявлены перитубарные спайки – 8, перекрывающие доступ к фимбриям и у 5 пациентов были обнаружены периаднексальные спайки, закрывающие доступ к яичникам. Всем пациентам был проведен перитубарный и периаднексальный адгезиолизис с последующей хромопертубацией. Проходимость труб восстановлена у всех пациенток.

Выводы: Гистеро- и лапароскопия являются оптимальными методами диагностики причин бесплодия. Одномоментное проведение диагностических и лечебных вмешательств является преимуществом эндовизуальных методов и позволяют выявить поражения эндометрия.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ФЕРГАНЫ**

**Йулдашев Ш.М., О.О. Юлчиев, У.А.Нишонов**

**Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи. Центральное отделение скорой помощи**

Острый коронарный синдром – любое сочетание клинических признаков или симптомов, заставляющих подозревать острый инфаркт миокард или нестабильной стенокардии.

Основными принципами неотложной помощи у больных ОКС на догоспитальном этапе являются адекватное обезболивание, начальная анти тромботическая терапия, как можно более быстрая и бережная транспортировка больного в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений ОКС.

Больных с подозреваемым ОКСом должны провести неотложный помощь так же, как больные с определенным ОКС.

В случаях, когда больной не принимал нитроглицерин следует предпринять попытку купировать боль путем его назначения под язык либо в виде спрея. При отсутствии эффекта от нитроглицерина следует внутривенно ввести морфин или других наркотических анальгетиков (фентанил, промедол, таламанал). При необходимости его повторное введение может быть осуществлено с 5-минутным интервалом. Применение морфина и других наркотических анальгетиков также целесообразно при острой левожелудочковой недостаточности, выраженном возбуждении больного. При угнетении дыхательного центра, вызванного морфином, следует ввести 0,4–2,0 мг антагониста морфина налоксона.

В основном при ОКС применяется таблетки аспирина. Первая назначаемая доза аспирина составляет 160–325 мг, для более быстрого наступления эффекта аспирин целесообразно разжевать. Альтернативой аспирину при его непереносимости или наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта является Плавикс (клопидогрел), нагрузочная доза 300 мг - 4 таблетки по 75 мг.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности Плавикса (клопидогрел) у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи.

Нами наблюдаено во время обслуживание у более 115 больных (из них 60 женщин и 55 мужчин) с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте 50-70 лет. Плавикс (клопидогрел) назначали в дозе 300 мг – 4 таблетки по 75 мг. однократно внутрь.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 85% больных. Комбинированное назначение Плавикса (клопидогрел) и гепарина уменьшает риск развития острый инфаркт миокарда, по сравнению с таковым при лечении одним аспирином.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение Плавикса (клопидогрел) при остром коронарном синдроме (ОКС) на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи даёт положительный эффект и является безопасным.

### **СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧМТ**

**Йулдашев Ш.М., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.  
Ферганский филиал РНЦЭМП.**

Черепно-мозговая травма занимает одно из первых мест среди всех травм детского возраста, требующих госпитализации. В среднем среди детей, госпитализированных в специализированные стационары с ЧМТ. На долю тяжелой ЧМТ травмы приходится от 2-3,5 %, летальности.

Результаты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе у детей с тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмами зависят, прежде всего, от временного фактора и оптимального объема оказанной помощи.

По литературным данным при оказании первой помощи пострадавшим с тяжелой черепно-мозговой травмой в течение первых девяти минут удается спасти жизни 90% больным, а через 18 мин – только 15%. По данным ФФРНЦЭМП (2019г) более 50% детей, поступивших в поздние сроки, имели различные осложнения, развившиеся на различных этапах эвакуации и имевших решающее влияние на течение травматической болезни, на ее непосредственный исход и качество жизни больного. В связи с этим принципиальное значение имеют факторы вторичного повреждения мозга, которые условно подразделяют на внутри- и внечерепные.

Отдельную большую проблему представляет сочетанная травма. Очевидно, что при многообразии видов повреждений различных анатомических областей, тканей и органов для группы больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой, риск развития экстракраниальных вторичных повреждений мозга значительно повышается. С этих позиций, несомненно актуальность разработки новых подходов к диагностике, мониторингу, предупреждению и лечению состояний, вызванных действием факторов вторичного повреждения мозга, с целью уменьшения их повреждающего эффекта. Не смотря на полувековую историю развития и совершенствования догоспитального этапа у больных с черепно-мозговой травмой, вопросы когда, где и в каком объеме должна осуществляться первая медицинская помощь, как и куда транспортировать пострадавшего не утратили своей актуальности. Согласно современным стандартам по оказанию помощи детям с тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмой предусматривается комплекс мероприятий, направленных, прежде всего на восстановление витальных функций и предотвращение вторичных повреждений мозга.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ФВ ЛЖ МЕНЕЕ 45 %

Йулдашев Ш.М., Мамажанов Б.С., Сохибоев И.М.  
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель: Сравнить влияние бисопролола и метопролола на ремоделирование, систолическую функцию у больных Q-инфарктом миокарда (ИМ) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45 %.

Материалы и методы: Обследованы 40 пациентов с первым Q-ИМ с ФВ менее 45 %, средний возраст – (64,3±2,1) года, с острой левожелудочковой недостаточностью I–II класса по Т. Killip, J. Kimball. Больные были рандомизированы на две группы.

Больные группы А (n=20) в составе общепринятой терапии получали метопролола тартрат, начиная с дозы (37,5±1,7) мг/сут с титрованием до (87,1±4,2) мг/сут. Больные группы Б (n=20) в составе общепринятой терапии получали бисопролол, начиная с дозы (1,25±0,40) мг в сутки с титрованием до (8,9±1,2) мг в сутки. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализации ИМ, наличию факторов сердечно-сосудистого риска. Тромболитическая терапия было проведено у 6 (30 %) и 5 (25 %) больных в группах соответственно А и Б, P>0,05. Всем больным проводили доплерэхокардиографию в 1-е, 5-е, 28-е сутки и через 6 мес от начала заболевания.

Обсуждение: В группе А умерло 3 (15 %) больных, в группе Б смертей не зарегистрировано (P>0,05). В группе А через 28 сут конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ увеличился с (131,2±2,7) до (144,8±2,5) мл (P<0,05), а через 6 мес составил (147,2±2,8) мл (P<0,01). В группе Б исходно КДО существенно не отличался от такового в группе А (131,7±2,5) и через 6 мес существенно не изменился – (134,2±2,8) мл (P>0,05 по сравнению с таковым в первые сутки). Однако на 28-е сутки и через 6 мес в группе Б КДО был достоверно меньше по сравнению с данными в группе А – соответственно (137,6±2,7) и (144,8±2,5) мл (P<0,05) и (134,2±2,8) и (147,2±2,8) мл (P<0,05).

По сравнению с 1-ми сутками ФВ в группе А существенно не изменилась на 5-е, 28-е сутки и через 6 мес (соответственно (38,9±1,8), (38,2±1,6), (39,4±1,7), (40,3±1,8) %, все P>0,05). В группе Б исходно ФВ существенно не отличалась от таковой в группе А и составляла (38,1±1,4) % (P>0,05). Однако на 28-е сутки и через 6 мес в группе Б ФВ была достоверно выше по сравнению с данными в первые сутки (составляла соответственно (45,2±1,3) и (47,1±1,6) %, P<0,05) и с ФВ в группе А на 28-е сутки и через 6 мес (соответственно (39,4±1,7) и (40,3±1,8) %, P<0,05).

Вывод: Применение бисопролола у больных с острым Q-ИМ и ФВ ЛЖ менее 45 % предупреждало развитие ранней (к 28-м суткам) и поздней (к 6 мес) дилатации ЛЖ и способствовало повышению ФВ, чего не отмечалось при лечении метопрололом.

## **РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В СТАНДАРТЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.**

**Йулдашев Ш.М., Абдуллаев Д.Д. , Ашуров И.С.  
Ферганский филиал РНЦЭМП.**

Нейросонография является одним из важных вспомогательных методов в тактики лечение тяжелой ЧМТ. Впервые нейросонографию применил в 1978г. М.Н.Reid для нейрохирургической навигации. Преимуществом нейросонографии являются простота, доступность и сравнительная низкая стоимость исследования. Метод позволяет снизить травматичность открытого оперативного вмешательства, оптимизировать его планирование и проведение, уменьшить риск воздействия на важные анатомические и функциональные структуры во время операции. Актуальность нейросонографии резко повышается в условиях отсутствия КТ и МРТ исследование головного мозга.

Нами ФФРНЦЭМП нейросонографию применяли у детей в возрасте до одного года у 45 больных, и у взрослых в интраоперационном и послеоперационном периоде у 76 больных, для уточнения локализации гематом. У детей в возрасте до одного года нейросонография произведена через открытый большой родничок и транскраниально через височные кости для диагностики внутричерепных гематом. Целью нейросонографии головного мозга через трепанационное окно у послеоперационных больных являлось исключение рецидива гематом и оценка состояния головного мозга.

Таким образом, нейросонография является общедоступным и ценным методом в практической нейрохирургии. Применение нейросонографии в стандарте обследования больных при отсутствии КТ и МРТ исследований, многократно повышает ценность метода. Доступность и мобильность метода позволяет исследовать тяжелых послеоперационных больных на месте. В связи с этим выходит, что каждый невропатолог и нейрохирург должен владеть техникой выполнения нейросонографии и нужно ввести метод в стандарты диагностики внутричерепных кровоизлиянии.

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ШОКЕ**

**Йулдашев Ш.М., Махмудов.Н.И., Аббосхонов Г.Х.  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Мерами интенсивной терапии геморрагического шока являются восполнение ОЦК, коррекция метаболизма, лечение или профилактика органических расстройств, коагулопатии и септических осложнениях.

К прочим жидкостям, помимо уже упомянутого реополиглюкина, относятся кристаллоидные растворы, содержащие дозы электролитов, необходимые для восполнения тканевой жидкости по количеству и составу: лактасол, раствор Гартмана и др. Это заключается в катетеризации магистральной вены, почасовом контроле ЦВД и диуреза; определение концентрационных показателей крови (гемоглобин, гематокрит, кол-во эритроцитов и тром-в.), также необходимо определение уровня общего белка, трансаминаз (АЛТ, АСТ,ЛДГ), фракций билирубина и электролитов. Во – вторых из основных компонентов лечения является инфузионно – трансфузионная терапия. В этом направлении мы пользуемся препаратами крови и плазмы (только по строгим и жизненным показаниям) и с различными коллоидными (полиглюкин,

реополиглюкин), кристаллоидными (0,9% физ.раст. 5%,10% раст. глюкозы, раст.Рингера и Рингера - Локка) растворами и 6 % растворами гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК) разработанной немецкой фирмой «Берлин – Хеми», под названием Рефортан и Стабизол.

В нашем отделении анестезиологии и реаниматологии ФФРНЦЭМП мы наблюдали 18 больных с постгеморрагическим шоком, в возрасте 20 – 60 лет. Из них с постгеморрагическим шоком 8 чел.(44,4%) и с посттравм. шоком 7чел.(41,1%) были группой наблюдения. У остальных групп противошоковое инфузионная терапия проводилась с отечественными коллоидными и кристаллоидными препаратами, при необходимости препаратами крови. В группе наблюдения мы пользовались в качестве противошоковой инфуз. терапии наряду с отечественными растворами, препараты ГЭК в соответствующих дозировках.

В ходе наших исследований выяснилось, что своевременно начатое противошоковое инфузионная терапия с использованием ГЭК препаратов за короткое время дают свои положительные результаты. Это определяется восполнением ОЦК и ликвидацией гиповолемии, восстановлением ВЭБ и КЩР, улучшением микроциркуляции, устранением нарушений реологических и коагуляционных свойств крови, ликвидация расстройств обмена веществ, нормализацией концент. показателей крови и раннему предотвращению так называемых жизненно угрожающих состояний, как «шоковое легкое», «шоковая почка», ОДН и острое почечно – печеночное недостаточность.

В наблюдаемой группе все 15 (42,8%) больных были выведены из шокового состояния за короткое время (в среднем 2 – 5 дн.) и были устранены все гемодинамические, обменные нарушения и предотвращены состояния угрожающих жизни больного. В обычной группе, у больных наблюдались некоторые осложнения (ОДН, ОПН, кровоточивость) и требовало в ходе лечения много времени и усилия .

Выводы: Наиболее адекватным препаратом, соответствующим современным требованиям к «идеальному плазмо заместителю», является 6% растворы ГЭК. Основой препарата служит гидролизированный амилопектин, получаемый из зерен кукурузы восковой спелости или картофеля. Гидроксиэтиловые группы обеспечивают высокие коллоидные свойства препарата. Создавая высокий уровень гемодилюции, препараты ГЭК оказывают дезагрегирующее действие, нормализуют коллоидно – осмотическое давление плазмы, улучшают органную перфузию и транспорт кислорода вследствие восстановления системной гемодинамики, и микроциркуляции. Время циркуляции препарата в сосудистом русле в среднем составляет 4 часа, за это время макромолекулы расщепляется альфа – амилазой на низкомолекулярные фрагменты, которые элиминируются через почки. Строение препарата сходно со строением человеческого гликогена, поэтому ему свойственна низкая реактогенность.

Таким образом, исходя из нашего наблюдения при шоковых состояниях (учитывая степень тяжести) своевременно проводимая и рационально примененная инфузионная терапия с использованием ГЭК препаратов (Рефортан, Стабизол) дают возможность предотвратить такого грозного состояния, устранить его осложнения (ОДН, ОПН, ДВС – синдром и др.) и значительно снизить летальность.

## О ПРИНЦИПАХ ФОРМАЛИЗАЦИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

**Ш.М.Йулдашев, М.К.Карабов, Н.И.Махмудов, И.М.Сохибоев**  
**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**  
**Ферганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Интерес к процессу формализации решения врача существовал уже на заре кибернетики в 60-е годы. Очевидный парадокс состоит в том, что опытный специалист принимает правильное решение о пациенте в условиях видимого дефицита информации или при явной нехватке времени для принятия во внимание всех факторов ситуации в условиях экстренной медицины. Следует разобраться, каким образом и какие именно особенности ситуации он успевает учесть в процессе выполнения профессиональной работы. В этом состоит один из аспектов проблемы исследования формализации диагностического и лечебного процесса при разработке эксперта по диагностике, тактике лечения и структуры метабазы.

Медицинская мышление представляет собой область интересных и своеобразных задач профессиональной выработки решений в сложных ситуациях или ситуациях с неполной информацией. Особенность работы врача состоит в том, что объект (больной) чрезвычайно сложен, а решение должно быть принято обязательно. Значительная часть информации о больном имеет невербальный характер. Формализация и структуризация отчасти используемой врачом информации будет использована для разработки стандарта медицинской терминологии, эксперта по диагностике, тактике лечения и структуры метабазы а также может быть полезна для самого врача (часть вопросов упрощается и может быть решена формально, это освобождает сознание для решения более сложных профессиональных проблем). Кроме того, облегчается передача его опыта новому поколению специалистов.

Можно кратко выразить цель формализации знания врача в данной работе: «вместе с врачом выработать новое формализованное знание, которым врач может пользоваться как еще одним источником информации в виде интеллектуальной поддержки в своей профессиональной деятельности». В ходе всей работы, разумеется, необходимо, чтобы врач имел возможность контролировать используемые данные, их преобразования и ход рассуждений, сохраняя свою самостоятельность и независимость, как исследователь. Это приводит к потребности иметь достаточно лаконичный язык манипулирования элементами рассуждений и заключений врача, позволяющий легко проследить связь логических конструкций с первоначальной информацией.

Цель исследования: Разработать формализованную и стандартизированную модель практического знания квалифицированного специалиста (опытного врача) для решения медицинских задач диагностики, лечения и прогнозирования на вычислительной технике для интеллектуальной поддержки деятельности врача на основе метабазы.

Научная новизна.

Разрабатывается унифицированные каталог медицинских терминов и признаков патологии.

Проводится рандомизирование симптомов и признаков патологии и определение влияния их взаимосвязи для градации их ценности в процессе диагностики, лечения и прогнозирования.

Разрабатывается методика построения моделей динамики процессов в связи с решениями врача в процессе наблюдения и лечения больного.

Разрабатывается методы описания сценария развития заболевания, проведения лечебных мероприятий и накопления сведений и опыта врачом в ходе лечебной работы.

Разрабатывается методы прогнозирования развития ситуации на основе выявления критических событий.

На основе моделей формировать схему реляционных отношении метабазы.

Разрабатывается методы ввода информации о пациенте в электронную историю болезни и вывода экспертных выводов.

Содержание работы.

В процессе формализации решения врача нами производится следующие процедуры

Все элементы информации связанные с этим процессом представляется в виде стандартизированной формы, то есть формируем унифицированные каталог симптомов и медицинских терминов;

Вся информация представленная как симптом или признак патологии и их комбинации приобретает определенную ценность. В основе, которого заложена несколько принципов рандомирования: теория вероятности, клинико-практическая специфичность, доверительность;

На основе алгоритмизации или моделирования клинических вариантов каждой единицы нозологии и обоединения этих алгоритмов формируется искусственная модель нозологии (маска). При этом переменная детерминанты или признаки патологии, их комбинация и градация определяет направления процесса в динамике;

На основе структуры и динамики нозологической модели описать сценарии нозологии и разработать стандарты и алгоритмы мыслительного процесса врача или процесса диагностики;

На основе переменных детерминант (признаков и их градации) определит динамику патологического процесса и прогнозировать развития ситуации;

Используя унифицированный каталог симптомов и алгоритмов формируется схема реляционных отношений метабазы;

Обмен информация производится в виде ввода и вывода информации в форме диалог с через формализованной электронной истории болезни. Именно в момент работы с историей болезни врач будет получать из неё интеллектуальную поддержку от эксперта по диагностики и тактике лечения будет связана с метабазой .

Выводы: Формализация решения и мыслительного процесса врача дает возможность разработке экспертов по диагностике, тактике лечения, прогнозирования и медицинской метабазы Требования к врачу практически сводятся к соблюдению технологии работы с компьютерной историей болезни – все детали, все нюансы он встретит в ней, по ходу работы. Чем полнее и точнее будет он отражать в истории болезни свои проблемы, решения и результаты, тем большую поддержку он может получить.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ГОРОДА ФЕРГАНЫ

Йулдашев Ш.М., О.О. Юлчиев, У.А.Нишонов

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Центральное отделение скорой помощи

Острый коронарный синдром – любое сочетание клинических признаков или симптомов, заставляющих подозревать острый инфаркт миокард или нестабильной стенокардии.

Основными принципами неотложной помощи у больных ОКС на догоспитальном этапе являются адекватное обезболивание, начальная антитромботическая терапия, как можно более быстрая и бережная транспортировка больного в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений ОКС.

Больных с подозреваемым ОКСом должны провести неотложную помощь так же, как больные с определенным ОКС.

В случаях, когда больной не принимал нитроглицерин следует предпринять попытку купировать боль путем его назначения под язык либо в виде спрея.

При отсутствии эффекта от нитроглицерина следует внутривенно ввести морфин или других наркотических анальгетиков (фентанил, промедол, таламанал). При необходимости его повторное введение может быть осуществлено с 5-минутным интервалом. Применение морфина и других наркотических анальгетиков также целесообразно при острой левожелудочковой недостаточности, выраженном возбуждении больного. При угнетении дыхательного центра, вызванного морфином, следует ввести 0,4–2,0 мг антагониста морфина налоксона.

В основном при ОКС применяется таблетки аспирина. Первая назначаемая доза аспирина составляет 160–325 мг, для более быстрого наступления эффекта аспирин целесообразно разжевать. Альтернативой аспирину при его непереносимости или наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта является Плавикс (клопидогрел), нагрузочная доза 300 мг - 4 таблетки по 75 мг.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности Плавикса (клопидогрел) у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи.

Нами наблюдалось во время обслуживания у более 115 больных (из них 60 женщин и 55 мужчин) с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте 50-70 лет. Плавикс (клопидогрел) назначали в дозе 300 мг – 4 таблетки по 75 мг. однократно внутрь.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 85% больных. Комбинированное назначение Плавикса (клопидогрел) и гепарина уменьшает риск развития острого инфаркта миокарда, по сравнению с таковым при лечении одним аспирином.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение Плавикса (клопидогрел) при остром коронарном синдроме (ОКС) на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи даёт положительный эффект и является безопасным.

## О ПРИНЦИПАХ ФОРМАЛИЗАЦИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

**Ш.М.Йулдашев, М.К.Карабов, Н.И.Махмудов, И.М.Сохибоев**  
**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**  
**Ферганский филиал РНЦЭМП.**

Актуальность. Интерес к процессу формализации решения врача существовал уже на заре кибернетики в 60-е годы. Очевидный парадокс состоит в том, что опытный специалист принимает правильное решение о пациенте в условиях видимого дефицита информации или при явной нехватке времени для принятия во внимание всех факторов ситуации в условиях экстренной медицины. Следует разобраться, каким образом и какие именно особенности ситуации он успевает учесть в процессе выполнения профессиональной работы. В этом состоит один из аспектов проблемы исследования формализации диагностического и лечебного процесса при разработке эксперта по диагностике, тактике лечения и структуры метабазы. Медицинская мышление представляет собой область интересных и своеобразных задач профессиональной выработки решений в сложных ситуациях или ситуациях с неполной информацией. Особенность работы врача состоит в том, что объект (больной) чрезвычайно сложен, а решение должно быть принято обязательно. Значительная часть информации о больном имеет невербальный характер. Формализация и структуризация отчасти используемой врачом информации будет использована для разработки стандарта медицинской терминологии, эксперта по диагностике, тактике лечения и структуры метабазы а также может быть полезна для самого врача (часть вопросов упрощается и может быть решена формально, это освобождает сознание для решения более сложных профессиональных проблем). Кроме того, облегчится передача его опыта новому поколению специалистов.

Можно кратко выразить цель формализации знания врача в данной работе: «вместе с врачом выработать новое формализованное знание, которым врач может пользоваться как еще одним источником информации в виде интеллектуальной поддержки в своей профессиональной деятельности». В ходе всей работы, разумеется, необходимо, чтобы врач имел возможность контролировать используемые данные, их преобразования и ход рассуждений, сохраняя свои самостоятельность и независимость, как исследователь. Это приводит к потребности иметь достаточно лаконичный язык манипулирования элементами рассуждений и заключений врача, позволяющий легко проследить связь логических конструкций с первоначальной информацией.

Цель исследования: Разработать формализованную и стандартизированную модель практического знания квалифицированного специалиста (опытного врача) для решения медицинских задач диагностики, лечения и прогнозирования на вычислительной технике для интеллектуальной поддержки деятельности врача на основе метабазы.

Научная новизна.

Разрабатываются унифицированные каталог медицинских терминов и признаков патологии.

Проводится рандомирование симптомов и признаков патологии и определение влияния их взаимосвязи для градации их ценности в процессе диагностики, лечения и прогнозирования.

Разрабатывается методика построения моделей динамики процессов в связи с решениями врача в процессе наблюдения и лечения больного.

Разрабатывается методы описания сценария развития заболевания, проведения лечебных мероприятий и накопления сведений и опыта врачом в ходе лечебной работы.

Разрабатывается методы прогнозирования развития ситуации на основе выявления критических событий.

На основе моделей формировать схему реляционных отношении метабазы.

Разрабатывается методы ввода информации о пациенте в электронную историю болезни и вывода экспертных выводов.

Содержание работы.

В процессе формализации решения врача нами производится следующие процедуры

Все элементы информации связанные с этим процессом представляется в виде стандартизированной формы, то есть формируем унифицированные каталог симптомов и медицинских терминов;

Вся информация представленная как симптом или признак патологии и их комбинации приобретает определенную ценность. В основе, которого заложена несколько принципов рандомирования: теория вероятности, клинико-практическая специфичность, доверительность;

На основе алгоритмизации или моделирования клинических вариантов каждой единицы нозологии и объединения этих алгоритмов формируется искусственная модель нозологии (маска). При этом переменная детерминанты или признаки патологии, их комбинация и градация определяет направления процесса в динамике;

На основе структуры и динамики нозологической модели описать сценарии нозологии и разработать стандарты и алгоритмы мыслительного процесса врача или процесса диагностики;

На основе переменных детерминант (признаков и их градации) определит динамику патологического процесса и прогнозировать развития ситуации;

Используя унифицированный каталог симптомов и алгоритмов формируется схема реляционных отношений метабазы;

Обмен информация производится в виде ввода и вывода информации в форме диалог с через формализованной электронной истории болезни. Именно в момент работы с историей болезни врач будет получать из неё интеллектуальную поддержку от эксперта по диагностики и тактике лечения будет связана с метабазой .

Выводы: Формализация решения и мыслительного процесса врача дает возможность разработке экспертов по диагностике, тактике лечения, прогнозирования и медицинской метабазы Требования к врачу практически сводятся к соблюдению технологии работы с компьютерной историей болезни – все детали, все нюансы он встретит в ней, по ходу работы. Чем полнее и точнее будет он отражать в истории болезни свои проблемы, решения и результаты, тем большую поддержку он может получить.

## ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Камалова Н.И Аюпджанов Н.С., Холдарова З.М.  
Ферганский филиал рнцэмп

Диагностика при травмах внутренних половых органов у женщин нередко представляет значительные трудности. В последние годы для диагностики этой патологии применение лапароскопии в неотложной гинекологии показал большие диагностические возможности этого метода.

Мы использовали лапароскопию с диагностической и лечебной целью у 28 женщин с травмой внутренних половых органов, с кровотечением из влагалища в умеренном количестве, с острым воспалением внутренних половых органов, гемоперитониезом, и с явлениями пельвиоперитонита. Лапароскопию применяли у больных с неясным диагнозом, когда было необходимо срочно дифференцировать патологию малого таза, требующие оперативного вмешательства. В первые часы поступления в экстренную гинекологию лапароскопия произведена у 21 больных, через 7-10 часов пребывания в стационаре - у 2 больных, через 24 часов - у 3 больных, через 48 часов - у 2 больных. Обследованные больные с травмой внутренних половых органов были в возрасте от 24 года до 36 лет, из них до 30 лет было 12 больных, от 31 года до 36 лет 16 больных. Большинство больных имели травму после выскабливания полости матки, а также после вставления ВМС особенно после родовом периоде на 1- 3 месяце. У 14 больных лапароскопия произведена при перфорации матки с ВМС, у 12 больных с перфорации матки с кюреткой после выскабливания полости матки, у 2 больных показанием для лапароскопии явилось отсутствие эффекта от проводимой в течение 48 часов комплексной противовоспалительной терапии.

У 14 больных методом лапароскопии, был выявлен инородное тело (ВМС) в брюшной полости, больным была проведена лапароскопическая удаление ВМС с санацией и дренированием брюшной полости. У 14 больных при лапароскопии подтвержден перфорация матки, у 2 больных перфорация матки с наличием гнойного содержимого в брюшной полости.

Таким образом, лапароскопия позволила у 28 больных определить показания к экстренной операции и у 21 больных предотвратит неоправданную лапаротомию. Лапароскопия является ценным лечебно- диагностическим методом. Особенно к ней следует прибегать у больных с неясным диагнозом, когда необходимо определить показания к оперативному вмешательству. Среднее пребывание на койке больных перенесших лапароскопические операции резко снижается.

**МЕТОДИКИ И СРЕДСТВА СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ  
ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕД РАБОТНИКОВ  
СТАЦИОНАРА ПО АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА  
ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ.**

**М.К.Карабаев Н.И. Махмудов Р. А.Алиев,И.М.Сохибов  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В течение последних 20 лет исследователи разработали большое число компьютерных систем, обеспечивающих работу больничных и амбулаторных аптек, клинических фармакотерапевтов и фармацевтических справочно-информационных служб. В лечебном учреждении аптека наряду с административным офисом и клинической лабораторией является одним из наиболее выгодных мест приложения компьютеров.

В 1986 году фирма Shared Data Research (SDR) провела опрос 4370 больниц и обнаружила, что фармацевтические приложения предлагались больницам 49 поставщиками [Packer, 1986]. На долю девяти из этих поставщиков приходилось 60% всего рынка. Эти девять поставщиков предлагали программные продукты, которые могли исполняться на разных аппаратных платформах, от персональных компьютеров до больших компьютеров. Поставляемые ими системы обеспечивали выполнение большинства функций, включая оперативный ввод рецептов, ведение истории лекарственных назначений, автоматическое формирование сводок по отпуску лекарств и возобновлению их запасов, формирование счетов на оплату и контроль оплаты счетов, печатание этикеток, контроль совместимости лекарственных назначений и дублирования назначений. Некоторые из этих систем обеспечивали также выполнение функций, связанных с лечением пациентов, например контроль аллергий и вычисление дозировки лекарств; ведением научных исследований, например создание и эксплуатация баз данных по истории применения лекарств; административно-финансовые функции, например учет затрат.

Наиболее привлекательными системами с клинической точки зрения являются те, что обеспечивают врачам и фармакотерапевтам непосредственную помощь в назначении лекарств и контроле состояния пациентов, получающих лекарственную терапию. Большое число исследовательских групп, а в последнее время и фирм разрабатывало программное обеспечение, предназначенное для оказания помощи медицинским специалистам в вычислении и адаптации лечебных доз опасных лекарств, например дигоксина, гентамицина, теофиллина, гепарина и варфарина. Эти программы использовали фармакокинетические модели для предсказания концентрации лекарства в крови на основе характеристик конкретного пациента и информации о способе приема лекарства. Одна из недавно разработанных систем, РК Monitor, была разработана исследователями Медицинского центра Стэнфордского университета в качестве компонента программы терапевтического мониторинга MENTOR [Lenert и др., 1988]. Программа РК Monitor использует информацию о количестве доз, времени их приема и концентрациях лекарства в крови пациента для контроля приема дигоксина и для предоставления врачам рекомендаций по дозировке.

Исследователи в Монреальской детской больнице разработали программу обеспечения принятия решений при назначении питательных растворов для внутривенного вливания педиатрическим пациентам всех возрастов и любого веса, включая недоношенных детей [Moliver и Coates, 1987]. Эта программная система в

диалогом режиме ведет врача по шагам процесса назначения лекарства и использует для предоставления индивидуальных рекомендаций формализованные правила, основанные на возрасте пациента, весе тела, продолжительности курса терапии и информации о предыдущих назначениях. По ходу диалога система выполняет проверки, выявляющие высокие дозы и другие из ряда вон выходящие значения. Врачи могут игнорировать большинство из этих ограничений, однако некоторые действия им никогда не разрешаются. Например они не могут назначать растворы с такими концентрациями кальция, фосфатов и магния, при которых эти элементы могут выпасть в осадок. Законченные назначения запоминаются в базе данных. Кроме того, эти назначения передаются в аптеку и печатаются там. Фармацевты могут дать системе расчета питательных растворов дополнительные указания, например вычислить дополнительную информацию, необходимую для заполнения рецептов, включая абсолютные количества ингредиентов, количества ингредиентов в расчете на одну систему для внутривенного вливания, а также кумулятивные значения объема после добавления каждого ингредиента.

Автоматизация назначения питательных растворов для внутривенного вливания снижала задержки в передаче рецептов в аптеку и сберегала больничной аптеке около 25 минут на каждом рецепте за счет исключения ручных вычислений и верификации рецептов, поиска врачей для выяснения отсутствующей или неразборчивой написанной информации, ручного заполнения этикеток на системах. Кроме того, встроенные в систему оперативные подсказки позволяют получить информацию о критериях, которыми руководствовалась система для выбора рекомендованных значений и для вывода предупреждений, и являются прекрасным средством обучения медицинских специалистов.

Система Externet, разработанная Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, была одной из первых компьютерных систем в Республике Узбекистан, использующих историю лекарственных назначений для оперативного выявления лекарственных взаимодействий. Как только персонал аптеки вводит новое назначение в аптечную систему, система Externet обновляет историю лекарственных назначений данного пациента, а затем использует информацию, хранящуюся в базе данных по лекарственным взаимодействиям, чтобы определить, может ли вновь назначенное лекарство взаимодействовать с теми, что были назначены ранее. Если система Externet выявляет потенциальное взаимодействие, она выдает заключение об этом взаимодействии, чтобы предупредить фармацевтов и лечащих врачей пациента о возможной опасности. Каждое заключение содержит информацию о фармакологическом действии и механизме действия, скорости реакции и степени взаимодействия. Кроме того, система Externet обеспечивает печатание требований в аптеку с информацией о назначении и справок об истории лекарственных назначений конкретного пациента. Она также используется для обеспечения оперативного доступа к базе данных по лекарственным взаимодействиям. С середины 2007 года система Externet используется в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи для верификации назначений всех госпитализированных пациентов, принимающих лекарства. Она доступна как коммерческий продукт.

## ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**Каримбаев Ш.Т., Анваров Д.М.  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Черепно-мозговая травма относится к наиболее распространенным видам повреждений, частота ее составляет 36-40% от всех видов травм. У детей грудного возраста причиной травм явились бытовые факторы: при падении из различных высот по неосторожности родителей.

В последние годы отмечается увеличение частоты черепно-мозговой травмы у детей грудного возраста.

Цель исследования: изучение клиники и особенностей течения ЧМТ у детей грудного возраста

Материал и методы: Ежегодно в отделение хирургии повреждений детского возраста НФ РНЦЭМП госпитализируется в среднем 47 детей грудного возраста с ЧМТ. В течении 2021-2023 гг. наблюдалось 110 детей с легкой, 25 со средней тяжестью, 7 с тяжелой ЧМТ.

Тяжелая ЧМТ, хотя имеет различные клинические особенности, свойственные раннему возрасту, в основном сопровождается тяжелыми состояниями, со схожими патофизиологическими и клиническими проявлениями у детей старшего возраста.

Травма легкой и средней степеней тяжести у грудных детей часто протекает без клинических проявлений, как общемозговых так и локальных. Поводом для обращения в стационар является случайное обнаружение припухлости родителями ребенка, капризность. Иногда родители забывают о факте травмы. Между тем при отсутствии клинических симптомов у грудных детей на краниограммах определяются переломы костей черепа. При КТ черепа зоны пониженной плотности близкие по томоденситометрическим показателям к отеку головного мозга. Нередко имеют место соматические симптомы в виде повышения температуры, беспокойство, диспептические явления с которыми больной ребенок поступает в не специализированные отделения.

Вывод: 1 Черепно-мозговая травма у детей грудного возраста имеет свои особенности и не проходит бесследно.

2 Количество последствий ЧМТ у детей раннего возраста указывают на необходимость стационарного обследования всех детей грудного возраста

3. При наличии факта ЧМТ для наблюдения, тщательного обследования и установления диагноза с использованием комплексных методов госпитализация в стационар.

4. Дети перенесшие ЧМТ, нуждаются в дальнейшем стационарном лечении и наблюдении у врача невролога

## ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Каримбоев Ш. Т. Маллабоев Л.Д. Назаров И.П.  
Наманганский филиал РНЦЭМП

У лиц детского возраста переломы дистального метаэпифиза лучевой кости встречаются довольно часто и составляют 40–45% от всех переломов костей конечностей. К особенностям повреждений данной локализации у детей относятся механизм травм непрямым удар (падение на вытянутую кисть). При лечении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости необходимо стремиться к анатомически точной репозиции для восстановления функции лучезапястного сустава и к прочной фиксации костных отломков. Консервативный метод лечения имеет множество осложнений, так как закрытая репозиция не обеспечивает точного сопоставления костных отломков, а гипсовая иммобилизация не предотвращает вторичного смещения, усиливает уже имеющиеся явления. В настоящее время узбекские и зарубежные травматологи все чаще прибегают к оперативному методу лечения данной патологии.

Анализ результатов: лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у детей различными методами.

В отделении хирургия повреждениями детского возраста РНЦЭМП Наманганского филиала в период 2021-2023 г.г. находилось на лечении 48 пациентов с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. Консервативно пролечено 22 пациента (41%), фиксация спицами произведена 22 пациентам (41%), чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (АВФ) (спицевыми) применен 4 пациентам (18%). В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация применялась только после остеосинтеза спицами. Дети аппаратами внешней фиксации приступали к восстановлению движений в лучезапястном суставе и суставах кисти после купирования болевого синдрома в среднем на 10–12 сутки.

При консервативном методе лечения у 8 пациентов (17%) имело место вторичное смещение костных отломков. У 7 пациентов (16%) после остеосинтеза наблюдалась миграция спиц. После остеосинтеза АВФ у 1 больного (8%) развилось околоспицевое и околостержневое воспаления мягких тканей, которое на фоне противовоспалительной терапии купировалось и на общий срок лечения не повлияло. Восстановление функции лучезапястного сустава и суставов кисти происходило быстрее у пациентов после остеосинтеза в 1,5 раза по сравнению с консервативным методом лечения в 1,2 раза быстрее по сравнению с аппаратным остеосинтезом. Несмотря на большое количество осложнений (41,7%), консервативный метод лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у детей применяется достаточно часто (в 24,5% случаев). Оперативный метод лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с использованием спицами является надежной фиксации костных отломков. Аппаратный остеосинтез малоинвазивен, но требует постоянного ухода за достаточно громоздкой внешней металлоконструкцией. Данная методика, объединив в себе положительные моменты внеочагового и погружного остеосинтеза позволяет в короткие сроки восстановить функцию лучезапястного сустава у детей.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.**

**Каримбоев Ш.Т., Маллабоев Л.Д., Назаров И.П.  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Мы располагаем опытом лечения 22 пострадавшего с закрытыми переломами костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой за период образования отделения хирургии травм детсково возраста в течении 10 месяцев.

Причиной повреждений у 68% больных явилась дорожно-транспортная травма. Клиническое обследование больных с сочетанной черепно-мозговой травмой проводилось совместно травматологом и нейрохирургом по общепринятой методике с привлечением вспомогательных диагностических методов МСКТ головного мозга, органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии, электроэнцефалографии, осмотра нейроофтальмолога.

У 6 (26.5%) пострадавших диагностирован ушиб головного мозга различной степени тяжести, у 16(73.7%) сотрясение головного мозга. В 16 случаях черепно-мозговая травма сопровождалась повреждением одного сегмента конечностей, в 5-двух, в 3- трех. У 22 больного с сочетанной черепно-мозговой травмой выявлено 36 поврежденных сегментов конечностей.

Особенностью лечения больных было проведение одновременно реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и диагностических исследований. Травма головного мозга в значительной степени определяла тактику лечения переломов конечностей. К лечению повреждений опорно-двигательного аппарата приступали, как правило, непосредственно после поступления пациентов в стационар, рассматривать в этих случаях остеосинтез как один из элементов противошоковых мероприятий. Всем 9 пострадавшим выполнен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Остеосинтез по Илизарову во всех случаях выполнялся в полном объеме, репозиция костных фрагментов достигалась либо на операционном столе, либо в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от общего состояния больного. По показаниям одновременно или последовательно выполняли оперативные вмешательства на голове, органах грудной и брюшной полостей.

Консолидация костей конечностей достигнута у всех пострадавших. Всего умерло 1 больных, что составило 0,45%. Летальностью исхода была травма, несовместимая с жизнью.

Наш опыт показывает высокую эффективность чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении закрытых переломов костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой. Малотравматичность, управляемость и высокая фиксирующая способность данного метода делают его оптимальным при лечении данной категории пострадавших.

## ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

**1Каримджанов И.А., 1Мадаминава М.Ш., 2Умаров Д.А.  
1Ташкентская Медицинская Академия, 2Европейский Медицинский  
Университет.**

Актуальность. Одной из актуальных проблем по всему миру в современной педиатрии и ревматологии является ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). Несмотря на своевременно оказываемую медицинскую помощь не наблюдается снижение уровня инвалидизации среди детей с патологией суставов. По данным ВОЗ, а также большинства авторов, ЮИА является одним из наиболее распространенных ревматических заболеваний (РЗ) в детском возрасте, частота встречаемости которого в различных регионах земного шара составляет от 0,05 до 0,6 %, от 2 до 19 случаев в год на 100 000 населения с тенденцией к нарастанию в последние десятилетия. Распространенность заболевания составляет 45,8 случая на 100 000 детей в возрасте до 14 лет, в то время как первичная заболеваемость составляет 12,6 случая на 100 000 детей".

В настоящее время широко обсуждается феномен ускоренного атерогенеза при ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА), объясняющуюся активностью аутоиммунного воспаления, разнообразием иммунных нарушений в сердце, охватыванием гуморальных звеньев иммунной системы, наряду с клеточными нарушениями.

Целью нашей работы явилось изучение частоты развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Материалы и методы. Нами были обследованы 53 пациента в возрасте от 3 до 16 лет: 29 девочек и 24 мальчиков, лечившихся в детском кардиоревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Средняя длительность заболевания составила 3,7 лет.

Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, рассчитывался показатель активности заболевания с учетом числа болезненных и припухших суставов, выраженности болевого синдрома по визуально аналоговой шкале (ВАШ). ЮИА в виде моноартрита протекал у 9 больных, олигоартрита – у 16, полиартрита – у 28. У 23 больных диагностирована анемия легкой степени тяжести. У 22 пациентов активность заболевания была низкой степени, у других 31 человек – средней. По данным ЭКГ у 11 (20,7%) больных зарегистрирована синусовая тахикардия, у 9 (16,9%) – синусовая брадикардия, у 7 (13,2%) – блокада правой ножки пучка Гиса, у 3 (5,6%) больных – WPW синдром. По данным эхокардиографии у 6 (11,3%) человек обнаружен пролапс митрального клапана, у 4 (7,5%) – пролапс трикуспидального клапана, у 4 (7,5%) – их сочетание.

В биохимических анализах крови показатели липидного обмена были в норме. При анализе историй болезней данной группы пациентов нами не было обнаружено ни одного случая упоминания о развитии какой-либо значимой сердечно-сосудистой патологии.

Результаты исследования. Таким образом, в нашем исследовании, несмотря на длительное течение ЮИА как с низкой, так и со средней активностью, случаев развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и их осложнений выявлено не было.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

Каримова М.Х., Маматхужаев М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

### **Актуальность.**

Повсеместное внедрение компьютерных технологий привело к появлению новых патологических состояний со стороны зрительного анализатора.

По данным отечественных и зарубежных исследований в последние годы до 90% работников наблюдается профессионально обусловленная патология - компьютерный зрительный синдром.

Особое значение в настоящее время приобретает ранняя диагностика и лечение патологий органа зрения у работников длительно пользующихся персональным компьютером

**Цель исследования** – изучить клиничко-функциональные особенности течения компьютерного зрительного синдрома и провести их анализ.

### **Материал и методы исследования.**

Материалом для исследования служили литературные данные для анализа о клиничко-функциональных особенностях течения компьютерного зрительного синдрома.

### **Результаты исследования.**

Сведения о том, что работа персональных компьютерах значительно влияет на зрительную функцию, появились сразу после активно внедрения их в жизнь человека. При этом до 90% пользователей жалуются на жжение или боль в области глаз, чувство песка под веками, нарушения зрения, затуманивание, двоение, размытость предметов, напряжение мышц глаза, слезотечение, сухость глаз, их усталость, чувствительность к яркости и цвету, изменение шрифта, нечеткости изображения. Появляется тяжесть век, сонливость, головокружение, головная боль, трудность концентрации внимания, запоминания текста, желание придвинуться или отодвинуться от монитора, поморгать с усилием и чаще, остановить нагрузку и сделать перерыв.

В формировании клинической картины участвуют все известные типы астенопии, такие как аккомодационная астенопия (рефракционно-аккомодационная), сенсорная (нейрорецептивная) и психоэмоциональная - с нарушениями психологической адаптации к зрительной работе.

Согласно классификации аккомодационных дисфункций, выделяют ее недостаточность, неустойчивость, ригидность и эксцесс аккомодацию. По мнению Е.П. Тарутты, наиболее значимым критерием является запас относительной аккомодации (ЗОА).

В работах О.В. Суторминой определена высокая распространенность как аккомодационных, так и вергентных нарушений зрительного анализатора. Ригидность аккомодации у операторов персональных компьютеров отмечена в 8% случаев. Однако статистически более значимым оказалось повышение уровня нарушений аккомодации - ее недостаточности, которая отмечалась более у 20% операторов персональных компьютеров. В исследованиях Н.Н. Хасановой и соавт. отмечено снижение устойчивости аккомодации на 42,6% по сравнению с группой контроля.

Из вергентных дисфункций таких как недостаточность конвергенции, эксцесс дивергенция, основную экзофория, эксцесс конвергенция, нарушение фузионной

вергенции, вертикальная фория у операторов персональных компьютеров наиболее часто встречается недостаточность конвергенции.

Продолжительная работа с использованием жидкокристаллического экрана способствует развитию патологических изменений поверхности глаз. У работников отмечается снижение скорости слезопродукции, высоты слезного мениска, устойчивости слезной пленки, которые характерны для синдрома сухого глаза, а также уменьшение толщины липидного слоя слезы. Исследования показали цитологические изменения в конъюнктиве и роговице. У работников персональных компьютеров наблюдались эпителиопатия, дистрофия с клеточным полиморфизмом, снижение числа бокаловидных клеток, их гиперплазия, снижение регенераторной способности, повышенная десквамация наружного слоя клеток, кератинизация с инфильтрацией.

Следует отметить, что распространенность синдрома сухого глаза (мета-анализ 16 когортных исследований) составляет до 87,5%. При работе с компьютером веки не смыкаются полностью. Частота морганий в 1,5 раза меньше при чтении с жидкокристаллического экрана, чем с бумажного носителя и электронной книги с чернилами e-ink, что ведет к избыточному испарению слезы, часть слизистой остается длительно несмоченной. Развивается также дисфункция мейбомиевых желез, способствуя дефициту липидного компонента слезы, ее избыточному испарению. Совокупность этих факторов формирует синдром сухого глаза у операторов персональных компьютеров. Факторами риска являются: работники старшего возраста, работа с персональным компьютером более 4 часов в сутки, снижение функция слезных желез.

Нейросенсорные проявления компьютерного зрительного синдрома остаются наименее изученными. При этом установлено, что значительная компьютерная нагрузка на зрительный аппарат вызывает достоверно значимое уменьшение показателей хроматической критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) по всему спектру. Л.В. Морозова и Ю.В. Новикова, показали снижение КЧСМ после чтения текста с любого носителя информации, но скорость нарастания утомления была выше у лиц, использующих жидкокристаллические мониторы.

В работах Р.Р. Халфиной описано повышение электролабильности (ЭЛ), пороговой электрической чувствительности (ПЭЧ) зрительного анализатора под воздействием электромагнитного поля (ЭМП), с развитием тормозных процессов в сетчатке и транзиторной физиологической гипоксии, вызванной высоким уровнем аэробного метаболизма. В.Р. Кучма с соавт. обнаружили, что чтение электронной книги приводит к повышению дельта активности в затылочной области с усилением тета-ритма в лобных областях. При этом симпатическая активация была выше при чтении текста с жидкокристаллического экрана компьютера, но дольше сохранялась - электронной книги с e-ink экраном.

В настоящее время активно исследуются и особенности влияния всех имеющихся в настоящее время типов носителей текстовой информации на центральные отделы зрительной сенсорной системы. Характер ответной реакции зависел от типа носителя и был оптимальным - к бумажному. При этом по мере увеличения возраста детей адаптация к работе с компьютером вырастает. Нервно-эмоциональное напряжение, ухудшение функционального состояния ЦНС, утомление и снижение работоспособности (точность и объем выполняемой, функциональное состояние анализатора) наступает быстрее и чаще у лиц, исходно имеющих нарушения зрения.

В целом чтение текста с жидкокристаллического экрана представляется более утомительным и менее эргономичным по сравнению с другими носителями

информации. Так, чтение бумажной книги было в 1,5 раза комфортнее, чем с e-ink-экрана, и в 2 раза комфортнее по сравнению с жидкокристаллическим экраном, что существенно влияет на трудоспособность, точность и скорость выполняемой. Кроме того, в работе Р.Р. Ахмадеева с соавт. была оценена взаимосвязь зрительной работоспособности (пропускная способность, объем и скорость зрительной информации, эффективность ее анализа) и нейрофизиологических показателей зрительной системы (КЧСМ, ПЭЧ и ЭЛ). Отмечено отклонение от нормы всех изученных показателей. При этом в группе больных с выраженными симптомами КЗС достоверно ниже была электролабильности (ЭЛ), что, по мнению авторов, делает его наиболее чувствительным критерием диагностики.

Вероятно, дисфункция ВНС, описанная у пользователей компьютера, также формирует клиническую картину со стороны зрительной сенсорной системы: слезопродукция, аккомодация и конвергенция.

**Заключение.** Таким образом, описанные объективные изменения соответствуют клинико-функциональным изменениям и основным типам астенопии, которые в совокупности формируют компьютерный зрительный синдром. Поэтому необходимо своевременно диагностировать данные изменения для разработки соответствующих рекомендаций и адекватной поддержки работников с персональными компьютерами.

## ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

**Каримова М.Х., Маматхужаев М.С.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

### **Актуальность.**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире от компьютерного зрительного синдрома страдают около 60 миллионов человек, и каждый год регистрируется один миллион новых случаев.

По данным отечественных и зарубежных исследований, симптомы компьютерного зрительного синдрома испытывают от 31,9 до 90% людей, регулярно и длительно пользующихся персональным компьютером. Существенное влияние компьютер оказывает на течение и прогрессированию миопии, развитию различных воспалительных заболеваний поверхности глаз.

В настоящее время не доказано органическое поражения органа зрения в результате использования компьютера. Однако исследования последних лет показали, что временный дискомфорт, формирующийся при компьютерном зрительном синдроме, в значительной мере снижает не только эффективность работы, но и качество жизни пациентов.

**Цель исследования** – изучить общие факторы развития компьютерного зрительного синдрома и провести их анализ.

### **Материал и методы исследования.**

Материалом для исследования служили литературные данные для анализа общих факторов развития компьютерного зрительного синдрома.

### **Результаты исследования.**

По данным литературы, установлено, что негативные эффекты накапливаются в условиях многолетнего воздействия, приводящих к формированию дегенеративных процессов в органах человека и нарушению гормональной и нервной регуляции их работы. Наиболее чувствительными к действию электромагнитного поля относятся

нервная, эндокринная и зрительная системы. Исследования показали, что после 35 минут непрерывной работы у операторов персонального компьютера снижается количество просмотренных знаков на 5,6%, а ошибок - увеличивается на 29,4%, 75 минут - на 13 и 82%, соответственно. Кроме того, в работах А.В. Желнина, установлен риск развития у них рассеянного склероза.

У операторов персональных компьютеров выявлены нарушения и со стороны вегетативной нервной системы в виде соматоформной дисфункции, которая диагностируется у них в 2,6 раз чаще, по сравнению с общей популяцией. Известно, что для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы характерно нарушение нейрогуморальной регуляции деятельности внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, пищеварительной, дыхательной, эндокринной и др. систем). При этом, О.М. Казакова с соавт., отметили в 59,1% случаев умеренное преобладание парасимпатического отдела ВНС, и в 13,6% - симпатического, в 27,2% имело место равновесия отделов; в 100% случаях после часа непрерывной работы с персональных компьютеров - изменения вегетативной регуляции ритма сердца (у 50% операторов - умеренная брадикардия и у 50% - тахикардия), в 13,6% - развилась аритмия; изменения через сутки отдыха носили обратимый характер лишь в 50% случаев.

В литературе имеются данные, доказывающие нарушение суточного ритма секреции в условиях работы электромагнитного поля таких гормонов как кортизол и мелатонин, снижающие качество жизни операторов персональных компьютеров, и лежащих в основе развития многих заболеваний. У женщин выявлено снижение концентрации эстрадиола в 2,4 раза в первую фазу менструального цикла и прогестерона - более чем в 2 раза во вторую.

Также, в работах N. Col-Araz достоверно показано, что электромагнитное поле повышает риск преждевременных родов у матерей, которые продолжительное время проводят в контакте с персональным компьютером.

Кроме того, электромагнитное поле персональных компьютеров может выступать триггерами различных заболеваний за счет действия других факторов. Пыль, притягиваемая электростатическим полем ВДТ, раздражает слизистые и кожу оператора, становится причиной формирования и увеличения частоты обострений дерматита и бронхиальной астмы, пластиковые корпуса мониторов и клавиатур, материнские платы служат источниками тяжелых металлов (ртуть, кадмий, хром, свинец), способных вызывать различные хронические заболевания (катаральные явления верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, нефро- и нейротоксичность, эмоциональные и психические расстройства и др.).

Фактором риска для здоровья является длительная сидячая работа за компьютером, характеризующаяся статической нагрузкой, которая приводит к низкоинтенсивному энергетическому обмену. Малоактивный образ жизни приводит к развитию ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, снижению венозного кровообращения в нижних конечностях и органах малого таза, ухудшение моторики кишечника. Страдает также опорно-двигательная система, что сопровождается мышечно-суставными болями в области шеи, плеча и поясницы, формированием синдрома запястного канала. Данные состояния развиваются как вследствие малоактивности, так и в результате неправильной позы при работе на компьютере и постоянного мышечного напряжения. Z. Ye с соавт. в большом эпидемиологическом исследовании установили, что с увеличением продолжительности работы на персональных компьютерах растет распространенность жалоб не только на зрительную астенопию, но и на опорно-двигательный аппарат и нарушений психологического здоровья пользователей.

**Заключение.** Таким образом, длительная работа на персональных компьютерах вызывает функциональные изменения в организме, которые обратимы. Дальнейшее развитие функциональных расстройств при компьютерном зрительном синдроме закономерно приводит к необратимым последствиям - воспалительным заболеваниям глаз, привычно избыточному напряжению аккомодации, прогрессированию близорукости. Все эти изменения четко коррелируют со снижением работоспособности оператора персональных компьютерах, негативно влияя на производительность и точность выполняемой работы, а также снижает качество жизни работников.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ**

**Каримова Н.И., Мирзаназаров М.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз**

Цель исследования: изучить особенности микроэлементного статуса и определить их диагностическую роль при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них у 43 больных диагностирована БА легкой персистирующей формы (I), у 42 детей БА среднетяжелой формы (II), у 35 детей БА тяжелой формы (III), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Определение микроэлементов в форменных элементах крови у детей с БА методом нейтронно-активационного анализа на спектрофотометре «Perkin Elmer» (США). Исследование проводилось в институте ядерной физики АН РУз.

Результаты исследования. Были получены результаты в трех основных группах детей с БА, которые сопоставили с результатами группы контроля. Исследование показало, что дисмикроэлементозы отмечаются во всех трёх группах детей с БА. Определяется достоверный дефицит (гипомикроэлементоз) селена, цинка и йода. Так, содержание цинка в I группе составило  $24,81 \pm 0,5$  мкмоль/л, что было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе, где уровень цинка был достоверно в 3 раза ниже ( $p < 0,01$ ) контрольной группы и составил  $12,18 \pm 0,41$  мкмоль/л. Содержание селена в I группе было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе с БА, и был достоверно в 3 раза ниже ( $p < 0,01$ ) контрольной группы, что составило  $0,238 \pm 0,012$  мкмоль/л. Анализ содержания йода показал, что в группе с БА лёгкого течения он был  $20,18 \pm 3,37$  мкмоль/л, что в 1,25 раза достоверно выше контрольной группы, в группе с БА среднетяжёлого течения -  $11,11 \pm 2,92$  мкмоль/л, что в 1,5 раза ниже нормы, в группе с БА тяжёлого течения -  $8,615 \pm 3,44$  мкмоль/л, что в 2 раза ниже нормы. Помимо дефицита у детей встречался также избыток некоторых микроэлементов. Достоверные гипермикроэлементозы отмечались у брома, хрома, железа, рубидия и меди по сравнению с детьми контрольной группы. Так при анализе содержания меди было выявлено, что в группе с БА лёгкого течения он составил  $14,30 \pm 2,09$  мкмоль/л, в группе среднетяжёлого течения он составил  $12,99 \pm 0,22$  мкмоль/л, в группе с БА тяжёлого течения бром был достоверно выше в 1,6 раз ( $p < 0,01$ ) контрольной группы ( $16,49 \pm 0,78$ ) мкмоль/л. Содержание железа в I группе составило  $38,95 \pm 0,04$  мкмоль/л, во II группе -  $49,75 \pm 0,33$  мкмоль/л, в III группе - было

достоверно выше в 1,6 раз ( $58,27 \pm 0,5$  мкмоль/л). При анализе содержания брома и хрома во всех трёх группах было выявлено, что в группе с БА лёгкого течения они составили  $18,96 \pm 0,34$  мкмоль/л;  $1,93 \pm 0,041$  мкмоль/л, в группе среднетяжёлого течения они составили  $27,41 \pm 0,33$  мкмоль/л;  $2,171 \pm 0,04$  мкмоль/л, в группе с БА тяжёлого течения бром был достоверно выше в два раза ( $p < 0,01$ ) контрольной группы ( $35,9 \pm 0,1$  мкмоль/л), хром – в 7 раз ( $3,027 \pm 0,01$  мкмоль/л). Анализируя количество дисмикроэлементов у детей с БА было выявлено, что недостаточность более четырех МЭ у больных с БА отмечена в 56 (46,6%), четырех — в 36 (30,0%), трех — в 25-ти (20,8 %) случаях, и ни у одного ребенка не было выявлено дефицита одного-двух МЭ.

Выводы. Таким образом, опираясь на приведенные выше результаты исследования микроэлементного статуса, можно заключить, что у детей с БА наблюдаются полимикроэлементные нарушения. Отмечается дисбаланс следующих микроэлементов: гипомикроэлементозы селена, цинка и хрома, а также гипермикроэлементозы брома, железа, рубидия и меди. Исследование показало, что наибольший дисбаланс микроэлементов встречался в группе детей с бронхиальной астмой тяжёлой степени тяжести. Результаты свидетельствуют о большей "подвижности" цинка, селена, железа и меди в организме больных детей, что обусловлено их участием в реализации воспаления при бронхиальной астме. Наличие у пациентов с БА подобных дисмикроэлементозов свидетельствует о напряжении компенсаторно-адаптационных резервов, о стойкости патологического процесса, способствующих хронизации процесса и может иметь диагностический и прогностический признак в развитии и течении БА у детей.

## **СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И ИХ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Каримова Н.И.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз**

Цель исследования: провести клинико-иммунологическую оценку эффективности применения иммуностимулятора бета-глюкана в лечении хронического бронхита у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 72 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет, с ХБ в стадии обострения. Исследование проводилась в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. I группу (основную) составили 42 больных с ХБ, которые на фоне БТ получали иммуностимулятор бета-глюкан (препарат Дефенсикан имуноглюкан). II группу (сравнения) составили 30 детей с ХБ, получавших только базисную терапию (БТ) согласно клиническим протоколам. В ходе работы нами был проведен анализ динамики клинических симптомов и иммунологических проявлений данных у больных ХБ в зависимости от примененных дифференцированных схем терапии.

Результаты исследования. Результаты анализа клинической эффективности дифференцированного лечения показали, что у детей с ХБ I группы при проведении дифференцированного лечения в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, уменьшилась вялость до  $4,7 \pm 0,2$  дней по сравнению с детьми II группы ( $p < 0,01$ ), улучшился аппетит ( $p < 0,01$ ). Уменьшались длительность сухого кашля до  $3,5 \pm 0,1$  дней соответственно по сравнению с детьми II группы ( $4,2 \pm 0,2$  дней,  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ), и влажного кашля особенно с обильным выделением мокроты до  $8,7 \pm 0,3$  дней

по сравнению с детьми II группы, находившимися на традиционном лечении ( $10,2 \pm 0,2$  дней,  $p < 0,01$ ). Отмечалось сокращение продолжительности одышки до  $2,8 \pm 0,1$  дней ( $3,6 \pm 0,2$  дней – в группе сравнения;  $p < 0,01$ ), цианоза носогубного треугольника до  $4,6 \pm 0,3$  дней ( $5,8 \pm 0,2$  дней – в группе сравнения,  $p < 0,01$ ). При перкуссии укорочение перкуторного звука у больных I группы на фоне дифференцированного лечения определялось достоверно меньшее число дней ( $p < 0,01$ ), чем в группе сравнения, коробочный оттенок перкуторного звука до  $4,3 \pm 0,2$  дней ( $p < 0,01$ ). Сроки пребывания в стационаре больных I группы, получавших дифференцированное лечение, сократились до  $9,7 \pm 0,4$  койко-дней соответственно, а в группе сравнения они были равны  $11,5 \pm 0,3$  дням ( $p < 0,01$ ).

Показатели гуморального звена иммунитета претерпевал значимые изменения в основной группе. Так уровень IgG в основной группе достоверно повышался по отношению к исходному уровню ( $p < 0,01$ ), IgA достигал уровня практически здоровых детей и в 1,1 раза снижался относительно исходных данных ( $p < 0,05$ ). Уровень IgM снизился по отношению к исходным данным, также уровень IgE после лечения у детей основной группы достоверно снизился в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). У детей в основной группе положительная динамика цитокинового статуса была более выражена. Так уровень TNF $\alpha$  снизился после лечения в 1,6 раза, уровень IL-4 в 2 раза уменьшился, IFN $\gamma$  после лечения повысились в 1,4 раза, IL-8 в основной группе снижался по сравнению с исходными данными в 1,5 раз и в 2,8 раза по отношению к группе контроля ( $P < 0,001$ ). Иммунологическая эффективность применения дифференцированного лечения выражалась наличием положительной динамики нивелирования иммунологических показателей, как в гуморальном звене, так и в цитокиновом статусе.

Таким образом, примененные нами дифференцированные схемы лечения у больных хроническим бронхитом имеют преимущества сравнительно с традиционными методами лечения, что было доказано клиническими и иммунологическими методами исследования.

**Выводы.** Применение дифференцированного лечения с включением иммуностимулятора бета-глюкана в составе традиционной терапии у больных с хроническим бронхитом, положительно сказалось на клинических показателях активности патологического процесса, что в дальнейшем позволило повысить эффективность лечения и предотвратить прогрессирование заболевания. Улучшение иммунологических показателей у больных ХБ после лечения указывает на положительное влияние дифференцированных схем терапии на иммунную и цитокиновую систему. Введение данных схем терапии улучшает гуморальный и цитокиновый статус, приводящие к снижению симптомов воспалительного процесса и частоту рецидивов хронических болезней нижних дыхательных путей у детей.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ**

**Каримова Н.И., Мирзаназаров М.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз**

Цель исследования: изучить особенности микроэлементного статуса и определить их диагностическую роль при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них у 43 больных диагностирована БА легкой персистирующей формы (I), у 42 детей

БА среднетяжёлой формы (II), у 35 детей БА тяжёлой формы (III), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Определение микроэлементов в форменных элементах крови у детей с БА методом нейтронно-активационного анализа на спектрофотометре «Perkin Elmer» (США). Исследование проводилось в институте ядерной физики АН РУз.

Результаты исследования. Были получены результаты в трех основных группах детей с БА, которые сопоставили с результатами группы контроля. Исследование показало, что дисмикрэлементозы отмечаются во всех трёх группах детей с БА. Определяется достоверный дефицит (гипомикрэлементоз) селена, цинка и йода. Так, содержание цинка в I группе составило  $24,81 \pm 0,5$  мкмоль/л, что было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе, где уровень цинка был достоверно в 3 раза ниже ( $p < 0,01$ ) контрольной группы и составил  $12,18 \pm 0,41$  мкмоль/л. Содержание селена в I группе было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе с БА, и был достоверно в 3 раза ниже ( $p < 0,01$ ) контрольной группы, что составило  $0,238 \pm 0,012$  мкмоль/л. Анализ содержания йода показал, что в группе с БА лёгкого течения он был  $20,18 \pm 3,37$  мкмоль/л, что в 1,25 раза достоверно выше контрольной группы, в группе с БА среднетяжёлого течения -  $11,11 \pm 2,92$  мкмоль/л, что в 1,5 раза ниже нормы, в группе с БА тяжёлого течения -  $8,615 \pm 3,44$  мкмоль/л, что в 2 раза ниже нормы. Помимо дефицита у детей встречался также избыток некоторых микроэлементов. Достоверные гипермикрэлементозы отмечались у брома, хрома, железа, рубидия и меди по сравнению с детьми контрольной группы. Так при анализе содержания меди было выявлено, что в группе с БА лёгкого течения он составил  $14,30 \pm 2,09$  мкмоль/л, в группе среднетяжёлого течения он составил  $12,99 \pm 0,22$  мкмоль/л, в группе с БА тяжёлого течения бром был достоверно выше в 1,6 раз ( $p < 0,01$ ) контрольной группы ( $16,49 \pm 0,78$ ) мкмоль/л. Содержание железа в I группе составило  $38,95 \pm 0,04$  мкмоль/л, во II группе -  $49,75 \pm 0,33$  мкмоль/л, в III группе - было достоверно выше в 1,6 раз ( $58,27 \pm 0,5$  мкмоль/л). При анализе содержания брома и хрома во всех трёх группах было выявлено, что в группе с БА лёгкого течения они составили  $18,96 \pm 0,34$  мкмоль/л;  $1,93 \pm 0,041$  мкмоль/л, в группе среднетяжёлого течения они составили  $27,41 \pm 0,33$  мкмоль/л;  $2,171 \pm 0,04$  мкмоль/л, в группе с БА тяжёлого течения бром был достоверно выше в два раза ( $p < 0,01$ ) контрольной группы ( $35,9 \pm 0,1$  мкмоль/л), хром - в 7 раз ( $3,027 \pm 0,01$  мкмоль/л). Анализируя количество дисмикрэлементозов у детей с БА было выявлено, что недостаточность более четырех МЭ у больных с БА отмечена в 56 (46,6%), четырех - в 36 (30,0%), трех - в 25-ти (20,8 %) случаях, и ни у одного ребенка не было выявлено дефицита одного-двух МЭ.

Выводы. Таким образом, опираясь на приведенные выше результаты исследования микроэлементного статуса, можно заключить, что у детей с БА наблюдаются полимикрэлементные нарушения. Отмечается дисбаланс следующих микроэлементов: гипомикрэлементозы селена, цинка и хрома, а также гипермикрэлементозы брома, железа, рубидия и меди. Исследование показало, что наибольший дисбаланс микроэлементов встречался в группе детей с бронхиальной астмой тяжёлой степени тяжести. Результаты свидетельствуют о большей "подвижности" цинка, селена, железа и меди в организме больных детей, что обусловлено их участием в реализации воспаления при бронхиальной астме. Наличие у пациентов с БА подобных дисмикрэлементозов свидетельствует о напряжении компенсаторно-адаптационных резервов, о стойкости патологического процесса,

способствующих хронизации процесса и может иметь диагностический и прогностический признак в развитии и течении БА у детей.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПЭТ/КТ С 11С-МЕТИОНИНОМ И 11С-ХОЛИНОМ ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Каронова Т.Л., Рыжкова Д.В., Погосян К.А., Яневская Л.Г., Юдина О.В., Цой У.А., Гринева Е.Н.**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – распространенная эндокринная патология, причиной развития которого является аденома околощитовидных желез (ОЩЖ). Селективная паратиреоидэктомия (ПТЭ) является предпочтительным методом лечения заболевания, для успешного проведения которой крайне важна точная визуализация аденом ОЩЖ на предоперационном этапе. Несмотря на использование различных методов при топической диагностике ПГПТ, в части случаев отмечается персистенция заболевания после проведения хирургического лечения, в связи с чем остается актуальным поиск дополнительных инструментов визуализации аденом ОЩЖ. В последнее время для улучшения диагностики применяют совмещенную позитронно-эмиссионную томографию и рентгеновскую компьютерную томографию (ПЭТ/КТ) с различными радиофармацевтическими лекарственными препаратами (РФЛП).

Цель. Оценить диагностическую эффективность ПЭТ/КТ с 11С-холином и 11С-метионином у больных ПГПТ на основании сопоставления интенсивности накопления РФЛП в аденомах околощитовидных желез.

Материалы и методы: Были проанализированы данные 26 больных с диагнозом ПГПТ. ПЭТ/КТ с 11С-холином была выполнена 14 больным, с 11С-метионином – 10 больным, с двумя РФЛП – двум больным. Всем больным была проведена ПТЭ. Результаты гистологического исследования сопоставляли с результатами ПЭТ/КТ. При помощи программного обеспечения рассчитывали стандартизированный уровень накопления РФЛП в гистологически верифицированных аденомах/гиперплазиях ОЩЖ и в трапециевидной мышце, затем находили соотношение между полученными величинами – коэффициент дифференциального накопления (КДН).

Результаты: При расчете медиана КДН 11С-холина в аденомах ОЩЖ составила 2,3 (1,6;3,2), несколько более высокие значения этого показателя были при выполнении ПЭТ/КТ с 11С-метионином – 2,5 (1,9;3,6), однако значимой разницы между КДН двух РФЛП в аденомах ОЩЖ получено не было. При дополнительном анализе КДН только в одиночных аденомах (n=20) были получены аналогичные показатели: КДН 11С-метионина – 2,5 (3,2;1,9), КДН 11С-холинома – 2,4 (3,4;1,7).

Заключение: Интенсивность накопления 11С-метионина и 11С-холина гиперфункционирующей тканью околощитовидных желез не имеют достоверных отличий. Информативность ПЭТ/КТ с обоими РФЛП сопоставима, что позволяет успешно применять 11С-метионин и 11С-холин для топической диагностики аденом околощитовидных желез при ПГПТ.

Ключевые слова: ПЭТ/КТ, 11С-метионин, 11С-холин, первичный гиперпаратиреоз, мультиспиральная компьютерная томография, сцинтиграфия, ультразвуковое исследование.

## МУЛЬТИМЕТРИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кахаров З.А., Мадаминова З.Ш., Гофурова Х.З.  
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность Злокачественные новообразования у детей относятся к категории социально-значимой патологии в связи с высоким уровнем инвалидизации и смертности. В последние годы в Узбекистане, как и во всем мире, отмечается отчетливая тенденция увеличения заболеваемости и смертности от этой патологии. Из них нефробластома (НБ) занимает 4-е место (7%), уступая лидерство гемобластозам (40%), новообразованиям ЦНС (15%) и саркомам мягких тканей (8%).

Нефробластома относится к разряду наиболее хорошо изученных и курабельных опухолей детского возраста. Ежегодно в мире регистрируется 7–8 случаев, впервые заболевших опухолью Вильмса, на 1 000 000 детского населения. При этом нефробластома доминирует среди первичных опухолевых поражений почек у детей. Чаще всего нефробластома встречается у детей в возрасте 2–5 лет, редко — у новорожденных.

Цель исследования: Улучшение качества диагностики нефробластом путем применения современных лучевых методов исследования .

Материалы-методы исследования: объектом изучения особенности диагностики патологии почки были дети в возрастной группе от 2 лет до 5 лет в количестве 52 ребенка. Из них девочек было 24, что составило 46 %, а мальчиков было 28 человек, что составило 54 %.

Распределение 52 обследованных детей с нефробластомой по возрасту было следующим: до 2 лет - 7 детей (13%), до 3 лет – 8 (15%), с 4 лет – 6 (12%), до 5 лет – 9 (17,0%), 6 лет-6 детей (12%), до 7 лет – 4 (8%), до 8 лет – 4 (8%), 13 и 15 лет по 4 ребенка соответственно (8%). Средний возраст детей составил: в группе детей до 10 лет  $5 \pm 0,5$  лет, а в группе детей старше 10 лет составил  $7 \pm 0,5$  лет.

Всем пациентам проводилось физикальное исследование, в котором основной акцент делался на следующие параметры:

1. Рост и масса тела, физикальный осмотр.
2. Локализация и размеры опухоли.
3. Размеры печени (по Курлову).
4. Артериальное давление.
5. Состояние лимфатических узлов.
6. Наличие аномалий развития (аниридия, гемигипертрофия, урогенитальные пороки развития и другие).

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови (развернутый).
2. Общий анализ мочи.
3. Коагулограмма.
4. Биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, электролиты).

В качестве инструментальных методов использовались следующие: ультразвуковая высокочастотная томография (УЗВТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ультразвуковые признаки опухоли Вильмса, полученные в результате настоящего исследования в зависимости от стадии заболевания. Контуры изображения

опухоли в нашем исследовании были расценены как бугристые в 45,7% случаев (у 21 больного из 52 обследованных).

Полученные нами результаты по характерности контуров опухоли говорят о том, что бугристость сама по себе есть признак высокой стадии заболевания. И кроме того бугристость с нечеткостью границ опухоли говорит о том, что идет прорастание опухоли в прилежащие ткани, что характеризует тяжесть течения заболевания. В режиме ЦДК у большинства больных (57,3%) нам удалось визуализировать сосудистую ножку пораженной почки, при этом в 20,1% случаев при ЦДК были обнаружены дополнительные почечные артерии. В работах некоторых авторов отмечается, что цветовая доплерография в 4 из 9 наблюдений позволяет обнаружить дополнительную почечную артерию пораженной почки у больных с нефробластомой, в то время как магниторезонансная ангиография выявляет дополнительную почечную артерию в 7 из 9 случаев.

Таким образом, чувствительность метода ультразвуковой диагностики в выявлении опухолевого поражения почки достаточно высока (97,8%), тем не менее, остается низким процент больных с выявляемой опухолью Вильмса небольшого объема (<40 см<sup>3</sup>), что в 80% случаев соответствует I стадии. Это связано с трудностью диагностики новообразований забрюшинного пространства для традиционных методов, длительным отсутствием клинических проявлений, либо отсутствием специфических признаков.

## **РАСПОЛОЖЕНИЕ СТВОЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПО ОТНОШЕНИЮ К БЛИЗЛЕЖАЩИМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРАМ**

**Керимзаде Г.Э., Мовсумов Н.Т.**

**Азербайджанский медицинский университет**

Для предупреждения повреждения лицевого нерва во время операции и для проведения блокады вблизи шилососцевидного отверстия необходимо знать расстояние ствола лицевого нерва от важных анатомических ориентиров. Важность вышеупомянутых данных связана с минимизацией вероятности повреждения лицевого нерва во время операции.

Целью данного исследования было изучение расположения ствола лицевого нерва по отношению к близлежащим костным ориентирам.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили препараты 36 трупов людей. На макроскопических препаратах препарирование лицевого нерва проводили путем разреза кожи вертикально кпереди от наружного слухового прохода на 0,5-1,0 см, длиной 6-8 см от верхнего края ушной раковины до угла нижней челюсти. Костные ориентиры были идентифицированы и отмечены. Все измерения были сведены в таблицы и статистически проанализированы.

Результаты исследования. Основной ствол лицевого нерва, согласно нашим данным, выйдя из шилососцевидного отверстия, располагается в толще околоушной слюнной железы на различном расстоянии от угла нижней челюсти и от скуловой дуги. Из исследованных 62 препаратов в 7 случаях (11,3±4,0%), мы находили его выше угла нижней челюсти, на расстоянии – от 2 до 2,9 см, в 31 случаях (50,0±6,4%) – от 3 до 3,9 см и в 24 случаях (38,7±6,2%) – от 4 см и выше. По отношению к скуловой дуге из исследованных 66 препаратов в 12 случаях (18,2±4,7%) он располагался до 1,4 см ниже скуловой дуги, в 38 случаях (57,6±6,1%) – от 1,5 см до 1,9 см и в 16 случаях (24,2±5,3%) – от 2 см и выше. Расположение основного ствола в отношении шейки нижней челюсти

на 24 препаратах всегда находилось кзади от шейки нижней челюсти, только в 4-х случаях ствол нерва располагался на расстоянии 0,3 см от шейки, в остальных случаях это расстояние равнялось 0,5 см и выше. При сравнении ствола правого лицевого нерва с левым наблюдалась небольшая разница; если нисходящее направление основного ствола отмечалось справа в 40,8% случаев, то слева – в 33,3%; косое направление – справа в 37,0%, слева – в 40,8% и горизонтальное направление наблюдалось справа в 22,1%, а слева – в 25,8% случаев.

Выводы: На основании полученных данных можно отметить три типа положения основного ствола: высокое, среднее и низкое. В большинстве случаев ствол лицевого нерва лежит на расстоянии от 1,5 м до 1,9 см ниже скуловой дуги ( $57,6 \pm 6,1\%$ ) и на расстоянии от 3,0 до 3,9 см выше угла нижней челюсти ( $50,0 \pm 6,4\%$ ), т.е. занимает среднее положение. Высокое и низкое положения составляют крайние типы. Важность вышеупомянутых данных связана с минимизацией вероятности повреждения лицевого нерва во время операции. Применимость этих ориентиров необходимо изучить в клинических условиях.

### **ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ И СИНДРОМЕ «СУХОГО РТА»**

**Керимханов К.А.1, Иорданишвили А.К.2, Беделов Н.Н.1**

**1000 «Эстетика тела», Санкт-Петербург**

**2Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия**

**Цель исследования. Оценить роль адгезивных средств в профилактике поражений слизистой оболочки рта (СОПР) у пациентов с синдромом «сухого рта» и съемными зубными протезами.**

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 43 чел. (8 мужчин и 35 женщин) пожилого возраста, которые страдали синдромом «сухого рта» и частичной (34 чел.) или полной (9 чел.) утратой зубов. Пациенты имели различные причины, обусловившие появление у них синдрома «сухого рта» и были разделены на 3 группы исследования. В 1 (контрольную) группу вошли 11 чел., которые отказались от изготовления им съемных акриловых зубных протезов. Во 2 группу сравнения вошли 12 чел., которым были изготовлены съемные акриловые зубные протезы для устранения частичной (8 чел.) или полной (4 чел.) потери зубов. Эти пациенты во время адаптационного периода не использовали каких-либо средств, улучшающих фиксацию съемных зубных протезов. В 3 основную группу вошли 20 чел., которым были изготовлены съемные акриловых зубных протезы для устранения частичной (17 чел.) или полной (3 чел.) потери зубов. Пациенты 3 группы на протяжении всего периода исследования и адаптационного периода (30 суток) применяли отечественный адгезивный крем для фиксации протезов Асепта Parodontal (ЗАО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия). У всех пациентов перед началом их стоматологической реабилитации была проведена оценка их адаптационных возможностей. До начала стоматологической ортопедической реабилитации, а также спустя 15 суток (середина адаптационного периода) и 30 суток (окончание адаптационного периода) оценивали степень тяжести течения и эффективности лечения синдрома «сухого рта». Результаты исследования. Оценка прогнозирования адаптационных возможностей у пациентов 3 групп показала, что все пациенты по анализу индекса суммарного физического состояния относились к группе с напряжением (2,6-3,09 баллов) или

неудовлетворительной (3,1-3,49 баллов) адаптацией. При первичном осмотре статистически достоверных различий в состоянии слизистой оболочки полости рта и языка СОПР у пациентов всех обследуемых групп не было, а течение синдрома «сухого рта» трактовали как тяжелое. Спустя 15 суток после наложения пациентам 2 и 3 групп зубных протезов отмечены достоверные различия в состоянии СОПР, Так, у пациентов 2 группы отмечена тенденция в ухудшении состояния СОПР на протяжении всего адаптационного периода, чем до начала стоматологической ортопедической реабилитации. Так, средний показатель тяжести течения синдрома «сухого рта» у них с 13, 24 усл. ед. увеличился до 14,63 усл. ед. на 15 сутки адаптационного периода, а на 30 сутки адаптационного периода составил 13, 56 усл. ед. У пациентов 3 группы, которые на протяжении всего адаптационного периода применяли отечественный адгезивный крем для фиксации протезов Асепта Parodontal, состояние СОПР существенно улучшилось и на 15 и 30 сутки течение синдрома «сухого рта» у них можно было трактовать как средней тяжести при показателях, соответственно, 7,64 усл. ед. и 6,07 усл. ед. Анализ эффективности устранения синдрома «сухого рта» у пациентов основной (3 группа) показал, что на 15 сутки адаптационного периода этот показатель составил 40,87% ( $p \leq 0,001$ ), а в конце адаптационного периода, то есть на 30 сутки от момента наложения протезов – 53,02% ( $p \leq 0,001$ ).

Выводы. Использование пациентами, страдающими синдромом «сухого рта» различной этиологии отечественного адгезивного крема для фиксации зубных протезов Асепта Parodontal позволяет устранить на этапе адаптационного периода симптомы этого заболевания на 15 сутки на 40,9%, а в конце адаптационного периода на 53,0%.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

**1Косимов А.А., 1,2Ходжанов И.Ю., 1Югай А.В., 1Абдусаттаров Х.А.**

**1Ташкентская медицинская академия 2Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии**

Актуальность: Тактические и технические ошибки в лечении переломов костей предплечья у детей приводят к возникновению различных осложнений, одними из которых являются повторные переломы (рефрактуры). В данной проблеме остается много вопросов, как в диагностике (состояние остеорепаляции в момент их возникновения), так и в хирургическом лечении.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения повторных переломов (рефрактур) костей предплечья у детей, с применением интрамедуллярного остеосинтеза и учетом периодов остеорепаляции и срока их возникновения

Материал и методы исследования

В научно-практическом центре Травматологии и ортопедии с 2010 по 2018 гг. мы наблюдали 48 больных с рефрактурами костей предплечья от 3 до 18 лет (средней возраст пациентов 9,7 лет). Выделены 2 группы: 1-группа – 25 (52,1%) больных (19 детей была рефрактура, у 6 – ре-рефрактура) пролеченных в период с 2010 г. по 2014 г., без учета стадии остеорепаляции в момент возникновения рефрактуры; 2-группа

лечения (основная) 23 (47,9%) ребенка (в 16 случаях – рефрактура, в 7 - ре-рефрактура), находившихся на лечении с 2015 г. по 2018 г. Больным проводилась клиническая оценка консолидации и функционального статуса, лучевая оценка патологической зоны.

У всех больных линия повторного перелома совпадала с линией первичного перелома. У больных в обеих группах проводилось хирургическое лечение – открытый, интрамедуллярный антеградный остеосинтез. Закрытый остеосинтез не проводился в связи с тем, что костномозговой канал был закрыт эндостальной мозолью, препятствовавшей проведению спицы.

#### Результаты исследования

В ходе проведенных исследований у детей нами был разработан алгоритм выбора тактики хирургического лечения рефрактур костей предплечья с учетом срока их возникновения относительно первичного перелома, локализации и вида перелома, наличия смещения.

Повторный перелом на сроке 2-4 месяца сопровождался нормальным процессом сращения, на фоне достаточного кровоснабжения в зоне периостальной мозоли. Повторный перелом в фазе расасывания мозоли, сопровождался замедленным сращением, либо формированием псевдоартроза.

Оперативное лечение (интрамедуллярный остеосинтез) повторных переломов костей предплечья проходило в два этапа с учетом его особенностей.

Сравнительный анализ исходов лечение в 2-х группах детей показал, что процесс заживления костных отломков после повторного перелома зависит от состояния мозолев, что в свою очередь зависит от рефрактерных состояний, возникающих в процессе первичного заживления. Нами продемонстрировано, что после практики остеосинтеза с интрамедуллярными спицами интерпретация с использованием баллов, основанных на клинических, функциональных и рентгенологических признаках. Показала достоверно более лучшие результаты как в ближайшие (91,3% против 64%) так и в отдаленные сроки (95,6% против 84%) в основной группе.

#### Выводы

1. При хирургическом лечении повторного перелома с имеющимися периостальной и параоссальной мозолями необходимо их сохранение, это относится к ранним (до 3-х месяцев) рефрактурам относительно первого перелома. При повторных переломах костей предплечья у детей на раннем сроке интрамедуллярный остеосинтез способствует созданию оптимального напряженного состояния на линии излома и позволяет достигнуть сращение костных отломков.

2. Взвешенный подход к выбору оперативного метода лечения, учитывающего стадию мозолеобразования, этапное удаление фиксирующих элементов позволяет достоверно сократить сроки иммобилизации и также в полностью устранить неудовлетворительные результаты в виде осложнений и снизить случаи удовлетворительных результатов в 2,2 раза, относительно группа сравнения.

3. Полученные результаты показывают, что дифференцированный подход при проведении интрамедуллярного остеосинтеза при рефрактуре с учетом стадии остеорепаляции и срока его возникновения относительно первого перелома, улучшают

в ближайшие (91,3% против 64% в ГС), и отдалённые результаты (95,6% против 84% в ГС) хирургического лечения.

## **ВЛИЯНИЕ РЕАКЦИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Красненкова М.Б.**

**Ташкентская медицинская академия**

**Введение.** Отек головного мозга у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) является критическим осложнением и требует незамедлительного активного вмешательства. Традиционно гиперосмолярная терапия маннитолом была широко принята в качестве лечения острого отека головного мозга в течение многих десятилетий. Относительно недавно популярной альтернативой ему стал гипертонический раствор (ГР) хлорида натрия. В нашей клинике ГР регулярно используется в качестве препарата первой линии гиперосмолярной терапии как часть многоуровневого протокола коррекции внутричерепной гипертензии у пациентов с ТЧМТ. Однако исследований, посвященных оценке степени снижения внутричерепного давления (ВЧД) и его влияния на прогноз у пациентов с ТЧМТ немного.

**Цель исследования:** оценить влияние степени снижения ВЧД после введения гипертонического раствора хлорида натрия на исход пациентов с тяжелой ЧМТ.

**Материал и методы исследования:** С разрешения этической комиссии нашего института 28 пациентов с тяжелой изолированной ЧМТ вошли в исследование. Большинство пострадавших мужчины. Причинами ЧМТ в 85% случаев были дорожно-транспортные происшествия Исходный уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) составил  $7 \pm 2$  балла, средний возраст пациентов  $37,8 \pm 5,4$  лет. Пострадавшие были прооперированы по поводу внутричерепных гематом различной локализации. Пациенты находились на ИВЛ. Всем пациентам проводился инвазивный мониторинг ВЧД, на фоне отека головного мозга отмечалось увеличение ВЧД свыше 20 мм рт.ст. Лечение было нацелено на поддержание целевых показателей ВЧД < 20 мм рт. ст. и церебрального перфузионного давления (ЦПД) > 60 мм рт. ст. С этой целью пациенты получали внутривенную инфузию 250 мл 3% раствора хлорида натрия. В зависимости от исхода травмы все пациенты были разделены на 3 группы: умершие (группа 1, n=7), выжившие с хорошим неврологическим исходом (группа 2, n=12) и выжившие с плохим неврологическим исходом (группа 3, n=9).

**Результаты:** У всех пациентов наблюдалось снижение ВЧД различной степени выраженности уже через 1 ч после введения ГР. Так, снижение ВЧД после первого часа в 3-й группе составило 34%, в 1-й группе - 25%. Однако через 2 часа ВЧД в 1-й группе возвращалось практически к исходным значениям, а в других группах оно оставалось сниженным на протяжении нескольких часов. Через 2 ч после введения ГР, относительное уменьшение ВЧД по сравнению с исходным составило 45% у пациентов 2-й группы, 24% - в 3-й группе и 10% у погибших ( $p < 0,05$ ). Снижение показателей ВЧД через 2 ч после введения ГР у пациентов 2-й группы было в 1,8 раза выше, чем у пациентов 3-й группы ( $p < 0,05$ ).

На фоне проводимой терапии ЦПД нарастало у всех пациентов и сохранялось на уровне выше 65 мм рт.ст. в течение 1 часа после инфузии ГР. Однако через 2 ч после введения ГР пациенты 2 –й группы показали более стойкое повышение ЦПД (на  $11,2 \pm 4,3$  мм рт.ст. против  $7,1 \pm 3,5$  мм рт.ст. у пациентов 1-й группы), чем пациенты 3-й

группы (на  $9,3 \pm 2,7$  мм рт.ст.). У умерших пациентов показатели ЦПД вернулись к исходным значениям к этому времени.

Таким образом, через 2 ч после лечения, у пациентов, которые умерли или имели серьезный неврологический дефицит, отмечены скачки ВЧД, в то время как у выживших пациентов, имелся хороший и устойчивый контроль ВЧД.

Выводы: Ответ пациента на лечение первой дозы ГР для терапии внутричерепной гипертензии коррелирует со смертностью и долгосрочным неврологическим исходом. Мы полагаем, что ответ пациента на лечение является ценным маркером степени тяжести ВЧГ, и может быть полезен в прогнозировании исходов ЧМТ. Раннее отсутствие устойчивого ответа на гиперосмолярную терапию может служить основанием для эскалации терапии.

## **ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ**

**Куватов З.Х., Кенжаев Л.Р.  
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Острые отравления, вызванные приемом уксусной кислоты, составляют около 70% среди всех отравлений веществами прижигающего действия. Развитие дисфункции эндотелия сосудов приводит к нарушению микроциркуляции и формированию полиорганной недостаточности. Многие ключевые механизмы развития эндотелиальной дисфункции (ЭД) при отравлении уксусной кислотой остаются не до конца изученными.

Цель. Изучить выраженность эндотелиальной дисфункции у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Материалы и методы. Исследованы 42 пациентов с отравлением уксусной кислотой, находившихся на лечении в токсикологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП. Возраст пострадавших составил от 19 до 38 лет. Средняя доза принятой концентрированной 70% уксусной кислоты составила  $44,5 \pm 5,4$  мл. Контрольная группа состояла из 10 здоровых лиц. Всем пациентам с целью определения ЭД, определяли показатель активности фактора Виллебранда (ФВ) и подсчет числа десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ).

Результаты и обсуждение. У больных с отравлением тяжелой степени в 1 сут активность ФВ увеличивалась практически в 2 раза ( $205,8 = 17,6\%$ ) по сравнению с показателями здоровых лиц ( $50-150\%$ ;  $p < 0,01$ ). Высокая активность ФВ в этой группе сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. Среди пациентов с отравлением средней степени тяжести - активность ФВ имела тенденцию к повышению, однако данный показатель за пределы верхней границы нормы не выходил. Установлено, что у больных с отравлением уксусной кислотой повышается содержание ДЭЦ в периферической крови. Наибольшее их количество зарегистрировано в 1 сут отравления. Доказательством повреждения эндотелия служит повышение содержания ДЭЦ в периферической крови и увеличение активности ФВ. Повышение количества ДЭЦ вызвано не только прямым токсическим действием уксусной кислоты на сосудистую стенку, но и влиянием провоспалительных цитокинов, в частности ФНО $\alpha$ , способных индуцировать апоптоз эндотелиоцитов. Поэтому десквамированные клетки, можно расценивать как апоптозные тельца, отражающие степень поражения сосудистой стенки. Эндотелиоциты, подвергшиеся апоптозу и попавшие в циркуляцию, обладают проадгезивными и прокоагулянтными

свойствами, способствуют развитию тромбоза и воспаления, что в конечном итоге приводит к формированию полиорганной недостаточности.

**Выводы**

1. У больных с острым отравлением уксусной кислотой выявлена эндотелиальная дисфункция, выраженность которой зависит от тяжести отравления.
2. Отравление уксусной кислотой сопровождается изменениями функционального состояния эндотелия сосудов, которое может быть объяснено активацией и повреждением эндотелиальных клеток, с последующим формированием полиорганной недостаточности.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ**

**Куватов З.Х..**

**Бухарский филиал РНЦЭМП.**

Описан случай благоприятного исхода при лечении пациента, принявшего *per os* с суицидальной целью 200 мл 70% уксусной кислоты и находившегося в момент поступления в больницу в состоянии тяжелого экзотоксического шока.

**Введение.** Актуальность проблемы острой химической травмы определяется ее высокой распространенностью среди всех возрастных групп населения. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении данной патологии, летальность даже в специализированных стационарах составляет, по сведениям различных авторов, от 20 до 70 % в зависимости от ряда отягощающих факторов. Сложившаяся ситуация в значительной степени объясняется сложностью и многообразием механизмов, лежащих в основе развития, течения и исхода тяжелых отравлений уксусной кислотой.

**Клинический случай.** Ниже описывается клинический случай острого отравления уксусной кислотой тяжелой степени, закончившийся выздоровлением. Больная З., 32 лет, находился на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Бухарского филиала РНЦЭМП с 23.06.21 по 02.07.21 с диагнозом: «Острое отравление уксусной кислотой тяжелой степени. Химический ожог полости рта, глотки, гортани, пищевода, желудка, начальных отделов тонкой кишки. Острая аффективная реакция. Суицидальная попытка. Внутрисосудистый гемолиз тяжелой степени. Экзотоксический шок 2-й степени. Раннее и позднее рецидивирующее пищеводно-желудочное кровотечение. Токсическая гепатопатия тяжелой степени. Токсическая нефропатия 2-й степени. Токсическая энцефалопатия. Двусторонняя токсическая пневмония. ДВС-синдром.». Из анамнеза известно, что пациент З., с суицидальной целью принял внутрь около 200 мл 70% уксусной эссенции, по поводу чего была вызвана бригада скорой помощи, прибывшая через 30 мин на место происшествия. При первичном осмотре выявлялась артериальная гипотензия (АД 60/20 мм рт. ст.), рвота «кофейной гущей». Неотложная помощь на догоспитальном этапе была оказана не в полном объеме: внутривенно инфузирвано 750 мл 0,9% раствора хлорида натрия и 150 мг преднизолона. Обезболивание не проводилось. Желудок был промыт через зонд только в приемном отделении стационара, т.е. через 1,5 часа с момента приема токсиканта, а через полчаса доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Общее состояние при поступлении тяжелое, обусловленное экзотоксическим шоком, абсолютной гиповолемией, ранним желудочным кровотечением и энцефалопатией. Сознание сохранено, поведение неадекватное, больная возбужден. Кожные покровы и видимые слизистые бледные,

холодные на ощупь, симптом «белого пятна» продолжительностью более 6 сек. В полости рта проявления химического ожога, гиперсаливация. Дыхание жесткое, проводится над всеми полями легких, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 90 мин -1, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. По желудочному зонду отделение «кофейной гущи». Перистальтика кишечника вялая. Диурез снижен, моча темно-вишневого цвета. Многократная рвота темной кровью, мелена. Лабораторные данные на момент поступления: содержание гемоглобина в крови 65 г/л; эритроцитов –  $2,5 \times 10^{12}$  /л; лейкоцитов  $21,0 \times 10^9$  /л, в том числе палочкоядерных нейтрофилов - 2%, сегментоядерных нейтрофилов – 88%. Лейкоцитарный индекс интоксикации увеличился до 8,0, содержание гемоглобина в моче - 6236 мг %. Содержание К<sup>+</sup> - 2,7 ммоль/л; активность АЛАТ – 1,8 мкмоль/(ч·л), АсАТ – 2,5 мкмоль/(ч·л), уровень креатинина - 0,107 ммоль/л. Произведена катетеризация правой подключичной вены, ЦВД – 0 см. вод. ст. Начато комплексное лечение: инфузионная терапия в объеме 6900 мл в сутки (Сукцинасол - 1500 мл, глюкозосолевые растворы - 3000 мл, плазма - 1000 мл, бикарбонат натрия 4% - 1400 мл), гормонотерапия - 360 мг преднизолона за сутки, 400 мг фуросемид, антибиотикотерапия (цефтриаксон 2,0 г в сутки), гепаринизация. Купирование экзотоксического шока и гемолиза отмечено к концу вторых суток. Симптомов гиперосмолярного синдрома не наблюдалось, а осмотическое давление не превышало 280 ммоль/л. Признаки первичного кровотечения и гипокоагуляция сохранялись в течение 3 суток (протромбиновый индекс - 80 %, АЧТВ -20 сек., фибриноген - 0,44 г/л; тромбиновое время – 45 сек). В последующие сутки отмечалась относительная стабилизация общего состояния. Со вторых суток начато частичное парентеральное питание (20% раствор глюкозы в объеме 800 мл в сутки), а энтеральное питание - с 7-х суток (стол 1а). На 6-е сутки больная был переведен в отделение токсикологии. Клиническое наблюдение еще раз указывает на необходимость дальнейшей разработки и следование стандартам по оказанию неотложной помощи при остром отравлении уксусной кислотой. Они должны включать адекватное и своевременное обезболивание, зондовое промывания желудка, введение глюкокортикостероидов, спазмолитиков и использование современных средств инфузионной терапии на догоспитальном этапе. Возможно, это будет способствовать раннему купированию экзотоксического шока, коагулопатии и профилактики развития острой почечной недостаточности.

## **ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТЕ ПРОЖИВАЮЩИХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.**

**Андижанский государственный медицинский институт  
Андижан, Узбекистан**

Цель. Изучить клинических проявлений острых пневмоний у детей раннего возрасте с преморбидным фоном, проживающих андижанской области. Материалы и методы. Работа состояла из трех этапов. На первом из них проведено описательное эпидемиологическое исследование «популяционного среза»: анализ первичной заболеваемости пневмонией по обращаемости детей в возрасте от 3 до 15 лет на основании данных формы №12. На втором этапе работы дана оценка реальной клинической практики лечения ВП в стационаре. Проведен ретроспективный анализ

данных историй болезни детей в возрасте 3-15 лет, получивших лечение по поводу острой пневмонии в условиях пульмонологического отделения ОДММЦ. Отбор случаев осуществлен сплошным методом.

Таким образом, анализировалось 158 историй болезни. Изучались анамнез, клинические данные, результаты общего анализа крови, посевов мокроты на флору, рентгенографического исследования органов грудной клетки. С учетом возраста пациенты были разделены на 2 группы: дети 3-7 лет (76 человек, группа I, дошкольники) и 7-15 лет (82 пациента, группа II, школьники).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании преобладали дети в возрасте от 1 года до 6 лет (76%, 95% ДИ 68,1-82,6%); на долю грудных детей пришлось 5,4% (95% ДИ 2,6-10,7%), на пациентов старше 7 лет - 18,5% (95% ДИ 12,7-26%) случаев ВП. Пациенты с ВП поступали в стационар на  $5,7 \pm 2,3$  суток болезни. Состояние 15 детей (11,5%, 95% ДИ 7,1-18,2%) при поступлении в стационар было тяжелым, в связи с чем данные пациенты были госпитализированы в ОРИТ. Тяжесть состояния была обусловлена ДН II (n = 11), III степени (n = 2) и синдромом интоксикации с нарушением периферической микроциркуляции (n = 2). Остальные 115 пациентов (88,5%, 95% ДИ 81,8-92,9%) переносили ВП средней степени тяжести. Пол детей не влиял на степень тяжести ВП (p = 0,7).

В когорте тяжелой ВП возраст пациентов был в 1,8 раза меньшим (Me (IQR) = 2,14 (1,1-2,9) лет) по сравнению с когортой среднетяжелой ВП (Me (IQR) = 3,8 (2,6-5,4) лет), различия значимы (p = 0,008). С увеличением показателя возраста на единицу шансы развития тяжелой ВП снижались в 1,52 раза (95% ДИ 1,1-2,17), p = 0,02.

В этиологической структуре доминировали вирусные (32%, 95% ДИ 25-41%) и типичные бактериальные (34%, 95% ДИ 26-42%) ВП. Неуточненные ВП составили 26% (95% ДИ 19-34%), атипичные бактериальные - 8% (95% ДИ 4-14%). Проанализировано распределение детей с ВП по этиологическим и возрастным группам.

У пациентов младше 4 лет достоверно преобладали вирусные ВП (48,1%, 95% ДИ 35,4-61,1%; p = 0,02), доля которых постепенно снижалась к старшему школьному возрасту (10%, 95% ДИ 1,6-17%). Доля типичных бактериальных ВП постепенно увеличивалась с возрастом, достоверно преобладая у детей 7-11 лет (76,9%, 95% ДИ 49,8-91,8%; p = 0,01). В возрасте старше 12 лет отмечен значимый рост количества атипичных ВП (36,4%, 95% ДИ 15,2-64,6%).

При вирусных ВП возраст пациентов был достоверно меньшим по сравнению с типичными и атипичными бактериальными ВП. Возрастные показатели пациентов с вирусными и неуточненными были сопоставимыми.

Распределение детей по полу было сопоставимым в общей когорте (соотношение мальчики/девочки - 1:1) и в различных этиологических группах ВП: вирусные - 1,1:1, типичные бактериальные - 1,2:1, атипичные бактериальные - 1:1,5, неуточненные - 1:1,3, соответственно. Пол ребенка не влиял на этиологию ВП.

При тяжелых ВП преобладали пациенты с вирусными (47%) и типичными бактериальными (40%) ВП; на неуточненные ВП пришлось 13%; атипичные бактериальные ВП отсутствовали. При среднетяжелой ВП вирусные ВП составили 30%, типичные и атипичные бактериальные ВП - 33% и 9%, соответственно, неуточненные ВП - 28%. Распределение больных по этиологическим группам было сопоставимым при среднетяжелой и тяжелой ВП.

Проанализирована частота качественных изменений гематологических показателей при ВП у детей разного возраста. Установлено отсутствие значимых возрастных особенностей изменений лейкоцитарных показателей при ВП. В 64%

случаев ВП отмечали нормальное количество лейкоцитов, в 31% - лейкоцитоз. Лейкоцитоз преобладал у детей 7-11 лет (46%), относительно редко встречался в возрасте до 4 лет (26%) и старше 12 лет (27%). Абсолютный нейтрофилез (37%) сопутствовал течению 69% ВП у детей 7-11 лет и редко выявлялся в возрасте до 4 лет (26%),  $p = 0,053$ . Относительный сегментоядерный нейтрофилез (75%) встречался с одинаковой частотой у детей разного возраста (71-85%). Редко выявляли лейкопению (5%), нейтропению (абсолютная - 4%, относительная - 9%). Относительный палочкоядерный нейтрофилез выявили в 47% случаев ВП, чаще у детей старше 7 лет (67%) по сравнению с младшими пациентами (37%). Частота повышения количества мета- и миелоцитов постепенно увеличивалась с возрастом детей (до 1 года - 0%, 1-6 лет - 4% и 2%, соответственно), достигала наибольших значений у пациентов 7-11 лет (8% и 15%, соответственно) и снижалась в старшем школьном возрасте (0% и 9% соответственно). Относительную эозинопению (53%) чаще регистрировали у детей старше 7 лет (68%) по сравнению с младшими пациентами (50%). Эозинофилия выявлена у 2% детей дошкольного возраста. Относительную базофилию (8%) чаще регистрировали у детей до 1 года (29%) по сравнению со старшими пациентами (7%). Относительный моноцитоз (17%) чаще выявляли у детей 7-11 лет (23%) по сравнению с пациентами до 7 лет (16%) и старше 12 лет (18%). У 25% пациентов регистрировали относительную моноцитопению, частота которой возрастала с возрастом детей (до 1 года - 0%, 1-3 лет - 19%, 4-6 лет - 27%, 7-11 лет - 38%, старше 12 лет - 45%). Скорость оседания эритроцитов была повышенной в 85% случаев ВП, реже у детей до 1 года (57%) по сравнению с пациентами старше 1 года (81%). Повышение CRP (79%) имело наибольшую чувствительность в диагностике ВП у детей старше 4 лет (86,8%); в возрасте до 1 года повышение CRP отмечалось в 57% случаев, 1-3 лет - в 70%.

В 9% случаев ВП при поступлении в стационар диагностировали тромбоцитоз, который достоверно чаще встречался у грудных детей (71%), далее с возрастом его распространенность снижалась: дети 1-3 лет - 11%, 4-6 лет - 4%, старше 7 лет - 0%. Тромбоцитопению регистрировали редко (7%), несколько чаще у детей 4-6 лет (12%) по сравнению с другими возрастными группами (5%). Распространенность макротромбоцитемии ( $\downarrow$ MPV) постепенно увеличивалась с возрастом (дети до 1 года - 0%, 1-3 лет - 4%, 4-6 лет - 13%), достигала наибольших значений у детей 7-11 лет (31%) и снижалась у пациентов старше 12 лет (18%). Микротромбоцитемия ( $\downarrow$ MPV) выявлена у одного ребенка в возрасте 5 лет 2 месяцев (0,8%). Случаи повышения PDW и P-LCR отсутствовали. Снижение степени анизоцитоза тромбоцитов ( $\downarrow$ PDW) отмечалось в 6% случаев ВП, преобладало у грудных детей (14%), реже встречалось у детей в возрасте 1—11 лет (6%) и отсутствовало у старших школьников. Схожие возрастные особенности выявлены для частоты снижения P-LCR (14%): дети до 7 лет - 16%, 7-11 лет - 8%, старше 12 лет - 0%. Качественные изменения среднего объема тромбоцитов находились в обратной взаимосвязи с изменениями степени анизоцитоза и доли крупных тромбоцитов.

Выводы. Эффективность лечения пневмоний, развивающихся на фоне другого заболевания, зависит от того насколько целесообразно построен весь комплекс терапевтических мероприятий, направленных на борьбу со всей патологией детского организма. А также от индивидуального выбора терапии с учетом этиологии заболевания, течения и фазе патологического процесса, возраста больного, степени внелегочных патологий организма.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Кузиев Д.В., Ганиев А. Г., Сахибова М.Д., Арифходжаев А.Т.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Разработать способы объективного мониторинга уровня контроля БА у детей на основе комплекса функциональных методов для оптимизации патогенетически - обоснованной терапии.

Материал и методы исследования. В ходе работы нами обследовано 70 детей в возрасте от 3 до 15 лет с различными степенями тяжести БА. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, не имеющих перенесенной патологии в последние 5 недель наблюдения. У наблюдаемых детей с БА изучались данные анамнеза и общеклинические показатели, проводились клинико-лабораторные, инструментальные, аллергологические и иммунологические исследования. Обследование больных РА и все лечебные мероприятия осуществляли с согласия их родителей. Общеклинические, электрокардиографические, ультразвуковые исследования, клинические анализы крови, мочи и кала проводили у наблюдаемых детей с БА общепринятыми методами. Результаты анализа показателей периферической крови у больных с БА сравнивали с данными, полученными у 30 практически здоровых детей того же возраста.

Результаты наших исследований показали, что среди наблюдаемых нами детей с бронхиальной астмой мальчиков было больше, чем девочек. Общая длительность болезни у наблюдаемых детей колебалась от 1 до 12 лет. При этом, у 38% больных диагноз бронхиальной астмы был установлен в возрастном периоде до 3 лет, у 41% - в возрастном периоде от 3 до 7 лет и у 21% больных - в возрасте старше 7 лет. Таким образом, манифестация бронхиальной астмы у большинства наблюдаемых пациентов (79%) отмечалась в раннем и дошкольном возрасте, что в целом соответствует данным литературы. Это положение свидетельствует о наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям.

У наблюдаемых нами детей с бронхиальной астмой следует выделить следующие факторы, которые усиливали действие причинно-значимых факторов, и могли способствовать формированию заболевания. Так, у 35% матерей наблюдаемых больных во время беременности отмечались признаки токсикоза, у 32% детей выявлялись признаки анте- и интранатальной гипоксии, 41% детей в течение первых трех месяцев жизни был переведен на смешанное или искусственное вскармливание, у 57% пациентов в раннем возрасте отмечались признаки экссудативно-катаральной аномалии конституции, у 34% больных был диагностирован сопутствующий атопический дерматит, у 84% детей отмечались частые респираторные вирусные инфекции, у 36%) - перенесенная пневмония, у 32% - перенесенный обструктивный бронхит, у 16% наблюдаемых детей были выявлены плохие жилищно-бытовые условия и у 50%) - пассивное табакокурение.

При использовании критериев тяжести бронхиальной астмы среди наблюдаемых детей были выделены группы больных с легким (26 детей), среднетяжелым (24 детей) и тяжелым (20 детей) течением заболевания. Длительность болезни у детей с легким течением бронхиальной астмы колебалась от 1 до 5 лет, у детей со среднетяжелым течением заболевания - от 2 до 10 лет, у детей с тяжелым течением болезни - от 5 до 12 лет.

У детей с бронхиальной астмой в периоде обострения болезни регистрировалось выраженное снижение показателей ФЖЕЛ, ОФВ<sub>р</sub> ПСВ, МОС<sub>5</sub>, МОС<sub>50</sub>, МОС<sub>75</sub>, СМОС<sub>25</sub> 75 и СМОС<sub>75</sub> 85, что указывает на нарушение бронхиальной проходимости в центральных, средних и периферических отделах дыхательных путей. В периоде ремиссии болезни у детей со среднетяжелым течением БА достоверных изменений ФЖЕЛ и ОФВ<sub>р</sub> не обнаружилось, а у детей с тяжелым течением БА отсутствовали достоверные изменения показателя ФЖЕЛ. Однако другие флюометрические показатели у детей со среднетяжелым и тяжелым течением БА в периоде ремиссии болезни были значительно ниже этих показателей у практически здоровых детей контрольной группы, что указывает на сохранение у них нарушения бронхиальной проходимости. При обострении БА выявляются признаки альвеолярно-респираторной недостаточности, на что указывает обнаруживаемая гипоксемия, а в случаях тяжелого приступа удушья - гиперкапния. Возникающее в периоде обострения заболевания расстройство газообмена является следствием неравномерности альвеолярной вентиляции, обусловленное нарушением в результате обструкции бронхов соотношением вентиляции и кровотока. Тканевая гипоксия, сопровождающая острый период БА, и связанное с ней нарушение окислительно-восстановительных процессов являются причиной развития сдвигов кислотно-основного состояния, чаще всего в виде респираторного и метаболического ацидоза. В периоде ремиссии болезни показатели вентиляционной функции легких улучшаются, но полной нормализации их не происходит, что особенно отчетливо прослеживается при тяжелом течении БА.

У детей с БА отмечаются изменения показателей периферической крови, выраженность которых зависит в определенной мере от тяжести течения болезни. Так, у наблюдаемых нами детей с легким течением БА в периоде обострения болезни отмечалось увеличение абсолютного количества моноцитов в крови и выраженная эозинофилия, а в периоде ремиссии - увеличение абсолютного количества эозинофилов в крови. Существенных изменений других показателей периферической крови у детей с легким течением БА не обнаруживалось. В периоде обострения и периоде ремиссии болезни у наблюдаемых нами детей со среднетяжелым течением БА регистрировалось увеличение количества эритроцитов в крови и повышение цветного показателя, что можно рассматривать как компенсаторную реакцию организма на гипоксию. Вместе с тем, у них в периоде обострения болезни отмечалось увеличение общего количества лейкоцитов, абсолютного количества лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов, снижение относительного содержания сегментоядерных нейтрофилов в крови, а в периоде ремиссии - увеличение абсолютного количества лимфоцитов и эозинофилов в крови.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что комплексная терапия бронхиальной астмы у детей достоверно повышает уровень ее контроля при легкой персистирующей, среднетяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания. Это подтверждается достоверным снижением дневных и ночных симптомов бронхиальной астмы уже через 3 мес. и достоверным снижением ограничения физической нагрузки через 6 мес. у детей с легким персистирующим течением бронхиальной астмы. У детей со среднетяжелым заболеванием достоверно снизились все показатели, определяющие уровень контроля бронхиальной астмы через 6 мес. А у детей с тяжелым течением болезни уже через 3 мес. отмечалось достоверное снижение ночных симптомов бронхиальной астмы.

Выводы. Впервые в Узбекистане (Андижанской области) проведено исследование пиковой скорости выдоха у здоровых детей и представлены нормативы ПСВ. При сравнении полученных данных ПСВ с показателями у детей, больных БА в

периоде ремиссии заболевания, статистически значимых различий выявлено не было, вне зависимости от степени тяжести заболевания. Это явилось причиной распространения ошибочного мнения среди врачей о том, что показатели ПСВ у детей с БА в периоде ремиссии выше, чем у здоровых детей. Достоверность уровня контроля, определяемого на основе изолированных методов его диагностики (спирометрия, биомаркеры воспаления, бронхиальная гиперреактивность) составляет 51-65%. Комплексная оценка уровня контроля повышает долю пациентов с верифицированным уровнем контроля БА до 80% (при теоретическом пределе в 94%). В условиях современной фармакотерапии наблюдается быстрая положительная динамика симптомов БА, что корректно отражается изменением объективных параметров контроля и результатов клинической оценки с использованием опросников.

### **ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ КРИЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ ОПАСНОСТИ И СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ.**

**Кузиева Г.А., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиева Ш.А.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Начало формы

Актуальность темы. Исследование гипертензивных и вегетативных кризов при беременности в условиях Ферганской долины является актуальным в связи с высоким уровнем заболеваемости и осложнений у беременных женщин. Эпидемиологические данные показывают, что число случаев гипертензивных и вегетативных кризов у беременных постоянно растет, что связано с рядом факторов риска, таких как генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, несбалансированное питание и низкий уровень физической активности. Одним из ключевых направлений профилактики является регулярное медицинское наблюдение за беременными с учетом их индивидуальных особенностей и рисков. Необходимо также проведение систематических обследований на наличие факторов риска и своевременное вмешательство для предотвращения развития кризовых состояний. Эффективная стратегия профилактики должна включать в себя обучение беременных женщин правильному образу жизни, контроль давления, регулярное употребление полезных продуктов питания и физические упражнения под наблюдением специалистов.

Цель исследования: изучить распространенность, основные факторы риска, исходы для плода и врачебную практику лечения артериальной гипертензии беременных. Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное эпидемиологическое описательное исследование 1500 индивидуальных карт беременных женщин, страдающих различными видами гипертензивных расстройств, взятых на учет женской консультацией Ферганской долины. В качестве основных критериев оценки взяты вопросы составленной анкеты. В исследуемой и равной ей контрольной группе здоровых женщин были выявлены эпидемиологические различия, проанализированы исходы беременности и состояние плода по шкале Апгар.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст женщин с данной патологией составил от 28 до 39 лет, из них первобеременной оказалась каждая четвертая женщина (25%), причем доля беременных в позднем репродуктивном возрасте составляла 68,9%. Возрастной диапазон контрольной группы без АГ более широкий (20 - 39 лет), но доля женщин в позднем репродуктивном возрасте

незначительна (6,7%). Среди всех гипертензивных расстройств 35,1% приходится на хроническую артериальную гипертензию, а 64,9% - на гестационную (индуцированную беременностью). У 77,5% был выявлен или подтвержден диагноз ГБ первой стадии, у 25,5% обнаружена ГБ второй стадии с поражением органов мишеней (локальное или генерализованное сужение артерий сетчатки; гипертрофия левого желудочка, выявленная методом ЭхоКГ).

Вывод. Таким образом, исследование данных кризов при беременности в Ферганской долине позволит выявить основные факторы риска и разработать эффективные стратегии профилактики для улучшения здоровья беременных женщин и снижения риска осложнений в перинатальном периоде.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ИЗУЧЕНИЯ ПОПУЛЯЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ КРИЗОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Кузиева Г.А., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Курбонова Р.Р.**

**РНЦРЭМП Андижанский филиал**

**Андижанский государственный медицинский институт..**

Актуальность темы. Исследование проблемы гипертензивных и вегетативных кризов во время беременности в рамках Ферганской долины актуально из-за высокой заболеваемости и осложнений у беременных женщин. Данные по эпидемиологии свидетельствуют о постоянном увеличении случаев этих кризов, что связано с генетической предрасположенностью, неблагоприятной экологической ситуацией, дисбалансом в питании и низким уровнем физической активности. Одной из важных стратегий профилактики является регулярное медицинское наблюдение за беременными с учетом их индивидуальных особенностей и рисков. Необходимо также проводить систематические обследования для выявления факторов риска и своевременного вмешательства для предотвращения кризовых состояний. Правильный образ жизни, контроль давления, здоровое питание и физические упражнения под присмотром специалистов должны стать составляющей эффективной стратегии профилактики. Цель исследования. Исследовать распространенность, основные факторы риска, влияние на состояние плода и стратегии лечения артериальной гипертензии у беременных. Материалы и методы исследования. Проведено описательное ретроспективное исследование с использованием 1500 индивидуальных медицинских карт беременных женщин, учитывающих различные формы гипертензивных расстройств, зарегистрированных в женской консультации Ферганской долины. Основными критериями оценки были данные, собранные через заполнение анкет. В результате сравнения исследуемой группы с контрольной группой здоровых женщин, были обнаружены эпидемиологические различия, а также проанализированы исходы беременности и состояние новорожденного по шкале Апгар. Результаты исследования и их обсуждение. Женщины с данной патологией находились в возрастном диапазоне от 28 до 39 лет, причем каждая четвертая (25%) из них была первобеременной. Особенно высокая доля беременных в позднем репродуктивном возрасте составила 68,9%. В контрольной группе без артериальной гипертензии возрастной диапазон был более широким (20 - 39 лет), однако доля женщин в позднем репродуктивном возрасте была незначительной (6,7%). Среди всех случаев гипертензивных расстройств, 35,1% относились к хронической артериальной гипертензии, а 64,9% - к гестационной (связанной с беременностью). У 77,5%

пациенток был подтвержден диагноз ГБ первой стадии, в то время как у 25,5% обнаружена была ГБ второй стадии с поражением органов-мишеней, таких как сужение артерий сетчатки или гипертрофия левого желудочка, выявленные с помощью ЭхоКГ. Вывод. Таким образом, изучение данных о кризах при беременности в Ферганской долине позволит выявить основные факторы риска и разработать эффективные стратегии профилактики для улучшения здоровья беременных женщин и снижения риска осложнений в перинатальном периоде.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**К.А.Кулдашев, М.М.Ташланов, О.А.Урунбаев, Ж.Т.Ходжалиев,  
Я.М.Кулдашева, Г.К.Кулдашева**  
**Андижанский филиал республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

В отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2012 по 2016 гг. госпитализированы 615 больных с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ развился у 178 (29% больных). Для предупреждения таких состояний как снижение перфузии мозга с формированием ишемического поражения, а также дислокационных нарушений, приводящих к ущемлению ствола мозга нередко приходилось проводить хирургические вмешательства. Так, при удалении внутримозговых гематом, особенно локализованных в двигательной зоне (у 145 (23%) пострадавших), нередко вводили катетер в ложе гематомы для промывания полости с целью более полного и нетравматического удаления сгустков крови. Для этого использовали эластичные поливинилхлоридные двух просветные Y-образные катетеры, соединенные с проточно-отточной системой. Такие же катетеры устанавливали в полость бокового желудочка для мониторинга внутричерепного давления и дозированного выведения ликвора при внутричерепной гипертензии (у 119 (19%) пострадавших).

Дренирование цереброспинальной жидкости моментально снижало внутричерепное давление (ВЧД) посредством уменьшения внутричерепного объема. Следует отметить, что дренирование даже небольшого количества ликвора может значительно снижать ВЧД, особенно если податливость мозга уменьшена на фоне травмы. В наших исследованиях во время вмешательств на задней черепной ямке с интраоперационным мониторингом ВЧД предварительная вентрикулостома с выведением 5–10 мл ликвора способствовала быстрому и значительному снижению ВЧД с патологических значений (35–40 мм рт. ст.) до нормальных величин (в 55% случаев).

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т,  
Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.  
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи  
Андижанский государственный медицинский институт**

За последние 5 лет (в период с 2012 по 2016г) в отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи госпитализированы 615 пострадавшие с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ развился у 178 (29% больных). Основными критериями синдрома внутричерепной гипертензии служили: изменение памяти и внимания (91,8%), из них выраженные (32,9 %); отсутствие пульсации центральной вены сетчатки (89,5 %); снижение индекса вазомоторной реактивности до 64% (79,7 %), гидроцефалия по данным магнитно-резонансной или компьютерной томографии (61,8%), патологические типы электроэнцефалограмм (53,9 %). Дополнительные критерии: рентгенологические признаки (24,2 %), головная боль, сопровождающаяся тошнотой (23,7%), эпилептический синдром (14,5 %); застой на глазном дне (9,2 %).

Во всех случаях нарушения уровня сознания, иногда сочетающегося с острой респираторной или сердечной недостаточностью, при травматических повреждениях головного мозга оправданной считалось нейровизуализация, в частности КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Мониторинг внутричерепного давления проводилось у больных с тяжелой ЧМТ (3-8 баллов по Шкале Комы Глазго) с и без патологией на КТ (в последнем случаи при наличии хотя бы двух из следующих признаков: возраст старше 40 лет, наличие одно- или двусторонней децеребрации, систолическое АД < 90 mm Hg). При оценке данных КТ признаками ВЧГ считались компрессия охватывающей цистерны, компрессия желудочков, отсутствие субарахноидальных щелей, сглаженность борозд и извилин, смещение срединных структур.

## **КЛИНИКО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т,  
Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.  
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи  
Андижанский государственный медицинский институт**

Целью нашего исследования является изучение роли аномалий развития в возникновении болевого синдрома.

Для достижения цели мы обследовали более 300 больных обратившихся в МРТ диагностический центр при клиниках АндГосМИ. Из 300 обследованных отобрали для детального изучения 48 больных. Возраст больных составил от 23 до 48 лет.

Длительность болевого синдрома составило от 1 до 3 лет. Всем больным было произведено рентгенологические и МРТ обследование. У всех больных на МРТ – граммах дискорадикулярного конфликта не отмечено. Однако больные продолжали жаловаться на боли в поясничном отделе позвоночника.

Изучая рентгенограммы в прямых и боковых проекциях поясничного отдела позвоночника было отмечено ряд отклонений от нормовизуализации именуемые в литературе – аномалией развития.

- 1 Spina bifida - 12 больных
2. синостоз позвонков - 6 больных
3. дисплазия межпозвонкового диска - 6 больных
4. аномалия развития суставных фасеток - 14 больных
5. деформация междужкового промежутка (треугольника) 10 больных

При сочетании аномалии развития и дегенеративно-дистрофического процесса имеющиеся в определенных сегментах поясничного отдела позвоночника отмечается усугубление. Возможно, сочетания аномалий развития и дегенеративно-дистрофических процессов способствует более четкому проявлению заболевания. Изучая рентгенограммы поясничного отдела позвоночника было выявлено атипичное расположение суставных отростков и деформация междужкового треугольника. В норме суставные отростки располагаются симметрично, находятся на одном расстоянии от сагитальной линии. У 10 больных на рентгенограммах в прямой проекции отмечено односторонняя асимметрия, т.е. расположение суставного отростка ближе к сагитальной линии позвоночного канала. Мы его именовали «сагитализацией» суставного отростка. При этом спинномозговой корешок постоянно находится в натянутом положении, ее свободная экскурсия резко ограничивается, вызывая огрубление её оболочек. Это является постоянным источником болевых импульсов недискогенного генеза.

Таким образом, знание об анатомических особенностях строения и расположения дугоотростчатых суставов позвоночника будет служить в правильной ориентации специалистов при постановке правильного диагноза и своевременно проводить патогенетическое лечение.

## АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

**Курбанов Б.И., Ярашев А.Р.  
РШТЁИМ Бухоро филиали**

Долзарблиги: Артериал гипертензия деб артериал қон босимининг 140/90 мм симоб устунидан ошишига айтилади. Республикамизда олиб борилган тадқиқотлар кўрсатишича 40-59 ёшдаги эркаклар орасида гипертензия касаллиги (ГК) тарқалиши 26,6 % ни ташкил қилган. Аҳолининг ёшига боғлиқ ҳолда ўтказилган тадқиқотлар ёши улғу ҳамда кекса 60-89 ёшдаги аёлларда 67,8%, эркакларда 62,7% ва ўртача 65,7% га тенглигини кўрсатди.

**Тадқиқот мақсади:** Репродуктив ёшдаги аёллар орасида артериал гипертензия тарқалганлиги даражаси ва сабабларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот 120 нафар 18 ёшдан 39 ёшгача аёллар орасида олиб борилди. Тадқиқот давомида аёлларда махсус сўровнома ўтказилди, инструментал усуллардан: қон босими Коротков усулида ўлчанди, антропометрик кўрсаткичлар – бўй, тана вазни, бел айланаси, сон айланаси ўлчанди, ТВИ (тана вазни индекси) аниқланди.

**Тадқиқот натижалари:** 120 нафар аёллар орасидан 85 нафарида АГ си борлиги аниқланди. 85 та бемордан 25 таси (29,4%) шифокорга мурожаат қилган ва даволаняпти. 13 (15,3%) таси қон босими кўтарилишини билади лекин даволанмаган. Қолган 47 та бемор 55,3%) қон босими кўтарилишини билади ва ўзича даволанади. Сўровнома натижаларига кўра: Аёллардан “қон босими кўтарилишини нима билан боғлайсиз” деган саволга 25 нафар бемор (29,4 %) хомиладорлик билан, 19 нафар бемор (22,4%) қон босими унда ота-онасида борлиги билан, 14 нафар (16,5 %) бемор рухий зўриқиш билан, 5 нафар (5,8 %) бемор ортиқча тана вазни билан боғлайди. Қолган 22 нафар (25,9%) бемор қон босими кўтарилиши сабабини ҳеч нарса билан боғлай олмайди.

Беморлар тана вазни индекси ҳисобланганда: 24 нафар беморда (28,2%) ТВИ нормада эканлиги, 33 нафар беморда (38,86%) ортиқча тана вазни мавжудлиги, 15 нафар беморда (17,6%) 1 даражали семизлик, 7 нафар беморда (8,24 %) 2 даражали семизлик ва 6 нафар беморда (7,1 %) 3 даражали семизлик борли аниқланди.

**Хулоса:** Репродуктив ёшидаги аёллар орасида артериал қон босими кўтарилиши тана вазнига боғлиқ эканлиги ва қон босимини даволашга етарлича эътибор бермаслиги аниқланди. Бу эса, профилактик кўриклар ва тарғибот ишларини янада яхшилаш зарурлигини кўрсатяпти.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ**

**Курбонова Р.Р., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Далимов А.А.**

**Далимова К.М**

**РНЦРЭМП Андижанский филиал**

**Андижанский государственный медицинский институт.**

**Введение:** Коронавирус, также называемый болезнью Covid 2019, — это заболевание, вызванное инфекцией. Инфекцию называют чрезвычайно интенсивным респираторным заболеванием Covid, по меньшей мере, 2 раза, SARS-CoV-2. Он начал распространяться ближе к концу 2019 года и превратился в пандемическую болезнь в 2020 году. Инфекция, вызывающая коронавирус, чаще всего распространяется по воздуху в виде мельчайших капель жидкости между людьми, находящимися в тесном контакте. У многих людей с коронавирусом нет побочных эффектов или легкого заболевания. Как бы то ни было, для более опытных взрослых и людей с определенными заболеваниями коронавирус может привести к необходимости обращения в клинику или смерти.

Если вы будете вовремя делать прививку от коронавируса, вы предотвратите тяжелое заболевание, необходимость обращения в неотложную медицинскую помощь из-за коронавируса и смерть от коронавируса. Альтернативные способы, которые могут помочь предотвратить распространение этого Covid, включают сильный поток ветра в помещении, физическое удаление, ношение укрытия в правильных условиях и максимальную чистоту.

Лекарства могут ограничить серьезность вирусного заболевания. Подавляющее большинство из них выздоравливает без долгосрочных последствий, однако у некоторых людей наблюдаются побочные эффекты, которые продолжаются довольно долгое время.

При умеренном заболевании, вызванном коронавирусом, легкие также работают нормально, но есть признаки того, что болезнь находится где-то внизу в легких.

Экстремальный коронавирус подразумевает, что легкие работают неправильно, и человеку необходим кислород и другая клиническая помощь в клинике неотложной помощи.

Редко у людей, заразившихся Covid, могут возникнуть побочные эффекты, связанные с возбуждением органов или тканей. Заболевание называется мультисистемным огненным состоянием. Когда у детей возникает это заболевание, оно называется мультисистемным провокационным расстройством у детей, сокращенно MIS-C. У взрослых его зовут МИС-А.

Одной из наиболее широко признанных серьезных проблем, связанных с коронавирусом, является пневмония. Известно, что инфекция поражает в основном легкие и дыхательную систему. При сильном загрязнении это может привести к воспалению альвеол (воздушных мешочков) в легких и их перегрузке жидкостью или выделениями, что затрудняет обмен кислорода. Это может быстро вызвать острое респираторное заболевание (ОРДС), при котором к тканям организма поступает недостаточное количество кислорода. ОРДС требует искусственной вентиляции легких и усиленного ухода и имеет высокий уровень смертности. По данным из Китая, около 19% госпитализированных пациентов с коронавирусом развили ОРДС. Пневмония также увеличивает опасность бактериальных суперинфекций, которые могут дополнительно нанести вред тканям и работоспособности легких.

Несмотря на проблемы с дыханием, было показано, что коронавирус может вызывать полиорганные нарушения или разочарование у тяжелобольных пациентов. Инфекция может вызвать неконтролируемую невосприимчивую и зажигательную реакцию, известную как цитокиновый шторм, которая приведет к значительному и широкому вреду. К органам, помимо легких, которые подверглись влиянию, относятся сердце, почки и печень. Например, у серьезно больных пациентов наблюдалось поражение сердца, называемое миокардитом или кардиомиопатией. Это может вызвать аритмии, сердечную недостаточность и сердечно-сосудистые расстройства. Травма почек или тяжелая травма почек также являются вполне нормальным явлением и случаются примерно в 15% случаев концентрированной помощи. Это требует поддержки почечного диализа у некоторых пациентов. Еще одним выраженным внелегочным признаком является поражение печени с повышением печеночных веществ.

Гиперактивная реакция невосприимчивости и серьезное ухудшение состояния, вызванное тяжелыми заболеваниями, вызванными коронавирусом, также были связаны с повышенным риском проблем сгущения крови или коагулопатий. Странное расположение сгустков крови может закупорить вены по всему телу. Сюда входят опасные легочные эмболии или скопления крови в легких, а также глубокие апopleксии вен. Это также может увеличить опасность ишемических инсультов, вызванных кластерами, препятствующими ходу в головном мозге. Лечение включает в себя антикоагулянты или «разжижители крови», однако проблемы сгущения крови увеличивают высокий уровень смертности, связанный с основным заболеванием, вызванным коронавирусом.

Заключение. В целом, хотя новый Covid в основном фокусируется на дыхательной системе, он также может вызвать различные серьезные проблемы, влияющие на многие органы органов у некоторых пациентов. Патофизиология включает неконтролируемую резистентную реакцию, повреждающую ткани и вены. Дальнейшие исследования еще необходимы, но клинические эксперты в настоящее время обладают превосходным пониманием того, как контролировать такие осложнения, как пневмония, ОРДС, нарушение работы органов и проблемы со

свертываемостью крови у практически больных людей. Продолжение расследования коронавируса поможет улучшить лечение и, в идеале, снизить смертность в дальнейшем. Предотвращение передачи инфекции с помощью оценок общего благосостояния остается лучшей системой для уменьшения трудностей на уровне населения.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНДУКЦИИ ПРИ МАЛЫХ ОПЕРАЦИЯХ.**

**Кучкорова Ф.А. Сафаров М.М. Каримов А.Р**  
**Бухарский филиал Республиканского научного центра**  
**экстренной медицинской помощи..**

Цель исследования: Провести сравнительную оценку течения ингаляционной индукции на основе изофлурана или галотана при малых операциях.

Материалы и методы. Анализ клинического течения ближайшего послеоперационного периодов проведен в рамках рандомизированного клинического исследования у 75 пациентов, оперированных при малых операциях (удаление ВМС из брюшной полости, установка нефростомы и т.д.). В зависимости от предполагаемого варианта анестезии пациенты, соответствующие критериям включения, в случайном порядке (метод конвертов) включались в одну из двух исследуемых групп: 1-я – общая анестезия на основе изофлурана (n=42); 2-я – общая анестезия на основе галотана (n=33). В обеих группах применяли методику ингаляционной индукции и поддержания анестезии (ИИПА). В 1-ой группе, после введения фентанила 2 мкг/кг, выполняли ингаляцию изофлурана через лицевую маску при потоке «свежих» газов 4 л/мин методом «step up» до концентрации на испарителе 1,5%. Во 2-ой группе индукцию начинали ингаляцией галотана через лицевую маску при потоке «свежих» газов 4 л/мин методом «step down» (начальная установка на испарителе 3%, без заполнения контура). Индукцию завершала установка ларингеальной маски (ЛМ) без применения миорелаксантов.

Результаты. Время индукции оказалось примерно одинаковым: 3,5±0,7 мин в группе 2 и 4,1±1,1 мин в группе 1 (p>0,05). У 3-х пациентов 1 группы, несмотря на предварительное введение фентанила, развился ларингоспазм. Осложнение было купировано прекращением инсуффляции изофлурана с переходом на внутривенную индукцию, дополнительными болюсами эуфиллина и преднизолона. В группе 2 подобное осложнение отмечалось у 6 пациентов. У трех больных 1-й группы анестезиологи поспешили перейти на внутривенную индукцию, опасаясь развития ларингоспазма. Также у 6 пациентов 2 группы решено перейти на внутривенную индукцию. Артериальная гипертензия наблюдалась у трех больных 2 группы. Нарушений ритма зарегистрировано не было ни в одной из групп.

Заключение. При выборе ингаляционной индукции время, необходимое для насыщения анестетиком, достаточного для инсталляции ларингеальной маски, не различается и составляет 3-5 мин. Индукция на основе изофлурана и фентанила приводит к остановке дыхания у 97% пациентов и ассоциируется с повышенным

риском ларингоспазма у 15% пациентов. Ингаляционная индукция на основе галотана сопровождается большим количеством побочных эффектов. При малых операциях использование Изофлюрана более приемлемо для амбулаторной хирургии.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Кучкорова Ф.А. Сафаров М.М. Акрамова Н.А.  
Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи..**

**Актуальность.** От выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают 30-75% пациентов. Основным методом эпидуральной анальгезии является непрерывная инфузия (в 100% случаев).

**Цель и задачи работы.** Сравнение анальгезии методом постоянной эпидуральной инфузии раствора бупивакаина 2 мг/мл, фентанила 2 мкг/мл и адреналина 2 мкг/мл, со скоростью 4-6 мл в час и методом введения эпидуральных болюсов 0,2% раствора бупивакаина через регулярные интервалы времени по интенсивности боли (в течение 48 часов), качеству жизни, частоте развития послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), времени восстановления перистальтики кишечника.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты, оперированные по поводу злокачественных образований органов брюшной полости (гемиколэктомия, гастропанкреатодуоденальная резекция, передняя резекция прямой кишки). Период наблюдения - 2 - 48 час после операции. Пациенты разделены на 2 группы. Интенсивность боли оценивалась по цифровой оценочной шкале (ЦОШ); качество жизни - тест САН, русифицированный Мак-Гилловский болевой опросник, Дартмутская болевая анкета, количество дополнительно введенных болюсов, удовлетворенность обезболиванием (да/нет); время восстановления перистальтики кишечника (час), частота развития послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Анкетирование во 2-е сутки после операции, ЦОШ во 2 - 48-й час.

**Результаты.** Проанализированы данные 25 пациентов. I группа - 13, II - 12 пациентов. Результаты оценки лечения боли: 11 раз регистрировались показатели более 3-х баллов в I-й группе и 14 раз во II-й, из них в покое: по разу в каждой группе, что соответствовало боли низкой и средней интенсивности по 2,2%, а высокой интенсивности 95,6% пациентов. Интенсивность боли была сходной в группах, за исключением 6 часа исследования: Удовлетворены качеством обезбоживания 73,3% 25 пациентов.

**Заключение и выводы.** Качество лечения боли низкое. Болюсная методика не уступает постоянной эпидуральной инфузии и может использоваться в качестве альтернативы постоянной инфузии. Интенсивность боли, в раннем послеоперационном периоде (48 часов), при постоянной эпидуральной инфузии и эпидуральной анальгезии методом введения болюсов через регулярные интервалы времени, статистически не отличается. Оценка интенсивности боли показала неприемлемые регистрируемые значения для современного состояния обезбоживания в обеих группах пациентов. Комплексная оценка качества жизни пациентов в ближайшем послеоперационном периоде, после травматичных абдоминальных оперативных вмешательств, не выявила значимого влияния варианта эпидуральной анальгезии на такие показатели, как: удовлетворенность обезбоживанием,

выраженность интенсивности боли в покое, ее сенсорный и психоэмоциональный компонент, показатели самочувствия, активности, настроения, Дартмутского индекса боли. Время разрешения пареза кишечника, частота развития тошноты и рвоты сопоставимы в группах, зависимости между видом обезболивания и развитием ПОТР не выявлено.

## **ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРИНОГЕНА И D-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ**

**Куватов Зоҳид Хайитович  
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Сложность и неоднозначность задачи исследования патогенных процессов, текущих при отравлении УК и её производными делают проблему разработки теории и практики диагностики и лечения патологий, возникших вследствие оной также являются причиной подобной, статистически довольно заметной смертности. Показатель среды  $\text{pH} < 2$  относится, в первую очередь, к разъедающим веществам и сильным ядам; этот показатель также обусловлен критерием (постоянной) диссоциации кислоты, а максимальное разрушение (коррозию) вызывает, в частности, УК (и некоторые её производные), что также характеризуется слабой степенью диссоциации оной.

Существует угроза возникновения внутренних кровотечений (наблюдается в 33-85% случаев) на поверхностях тканей, пораженных УК и её производными при отравлениях, таких как поверхность тканей полости рта, гортани, пищевода, желудка и дальнейших членов системы пищеварения, при это достаточно попадания в организм человека от 50 гр. УК и/или её производных. Нарушение кровотока также является характерным симптомом при отравлении УК и её производными, а вероятность развития ЭШ при оном может достигать 58-62%. Как видим, из представленной таблицы у больных I группы - у которых течение болезни проходило без осложнений, изменений в динамических показателях содержания фибриногена не наблюдалось (2,7-3,1 г/л). У больных II группы – больные, у которых лечение и течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии нами отмечено умеренное нарастание содержания фибриногена в крови в течение пяти суток после отравления УК.

У больных III группы – у которых течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии, сепсиса, ПОН с летальным исходом мы регистрировали значительное повышение содержания фибриногена при поступлении и на протяжении всего периода наблюдения до 5 суток, которое было достоверно выше, чем у здоровых и больных I группы выздоровивших без осложнений. Среди показателей наличия ДВС особое место занимает процесс разрушения и синтез фибрина (D-димер). Так как работоспособность свертывания зависит от экспрессии фибринолитических механизмов следует отметить повышение концентрации D-димера.

Именно поэтому значения D-димера делаются у лиц с отравлениями УК. Результаты, полученные нами, при исследовании динамических показателей концентрация D-димера плазме у лиц с отравлениями УК. По данным представленным в таблице, у больных I группы - у которых течение болезни проходило без осложнений и II группы – у которых течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии активного увеличения значений D-димера в крови были на 1 и 3

сутки. При смертельных итогах значение данного явления превышает нормы в 14 раз. Д-димер повышался на протяжении 3 и 5 суток у лиц 3 группы.

Вывод. Динамические показатели содержания D-димера в плазме крови, у больных с отравлениями УК с летальным исходом показали превышение в 13,7 раза (2,93 (2,65;3,37) мкг/мл) значения показателей D-димера у здоровых в первые сутки, прогрессирование и повышение показателя D-димера в период наблюдения на 3 и 5 сутки нахождения на лечении.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**Леус Л.И.1, Леус П.А.1, Керимханов К.А.2,3, Беделов Н.Н.3,  
Иорданишвили А.К.2,4**

**1000 Клиника профилактической стоматологии «Дентхелз», г. Минск,  
Республика Беларусь; 200 «Международная академия наук экологии,  
безопасности человека и природы» (МАНЭБ); 3000 «Эстетика тела»;  
4ФГБОВУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,  
г. Санкт-Петербург, Россия**

Цель исследования. Изучить изменения характеристик ротовой жидкости у онкостоматологических пациентов, прошедших комбинированное лечение в связи с опухолями орофарингеальной зоны.

Методы и методы исследования. В исследовании приняли участие 43 чел. (12 мужчин и 31 женщины) пожилого возраста (62 – 75 лет), которые были разделены на 3 группы исследования. В 1 контрольную группу вошли 15 (4 мужчин и 11 женщин), которые не страдали онкостоматологической патологией и не получали комбинированной терапии. Во 2 группу сравнения вошли 17 (6 мужчин и 11 женщин), которые перенесли комбинированное лечение (лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение) по поводу онкостоматологической патологии. Пациенты 1 и 2 групп исследования самостоятельно выбирали средства гигиены для зубов и рта. В 3 основную группу вошли 11 (2 мужчины и 9 женщин), которые, как и пациенты 2 группы, перенесли комбинированное лечение (лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение) по поводу онкостоматологической патологии. В качестве предметов и средств для ухода за полостью рта им были рекомендованы зубные щетки R.O.C.S. SENSITIVE для чувствительных зубов и десен, зубная паста R.O.C.S. PRO MOISTURIZING УВЛАЖНЯЮЩАЯ, а также зубного гель R.O.C.S. Minerals BIO, который использовался пациентами с помощью индивидуальных назубных кап, что пролонгировало его реминерализующий эффект. Все указанные предметы и средства гигиены выпускаются группой компаний DRS (Россия).

Результаты исследования. В ходе динамического наблюдения за пациентами 1 и 2 групп в течение 3 месяцев изменений в показателях растяжимости и микрокристаллизации ротовой жидкости нами не отмечено ( $p > 0,05$ ). Как в начале исследования, так и после его завершения было установлено, что у пациентов 1 контрольной группы иногда отмечались признаки сухости полости рта, но при этом мукозита не выявляли. У них как до, так и после завершения наблюдения за ними, отмечалась в основном средняя растяжимость слюны (12 чел.) и только у 3 чел. – длинная растяжимость слюны. У пациентов 14 пациентов из этой группы отмечен II тип микрокристаллизации слюны, при котором древовидные кристаллы средних

размеров располагались по всему полю зрения, а у 3 пациентов этой же группы отмечен III тип микрокристаллизации слюны. У пациентов 2 группы сравнения и 3 основной группы исследования выявлялись клинические признаки синдрома «сухого рта», что подтверждал имеющийся у них хронический мукозит. У всех пациентов 2 и 3 групп в начале исследования отмечался III тип микрокристаллизации слюны, для которого были характерны мелкие конгломераты неправильной формы и единичные кристаллы по всему полю зрения. В конце клинического исследования характеристика растяжимости ротовой жидкости и ее микрокристаллизации у пациентов 1 и 2 групп не изменились ( $p>0,05$ ), в то время как у пациентов 3 основной группы были отмечены положительные сдвиги в свойствах ротовой жидкости. Из 11 пациентов в конце исследования у 10 чел. отмечалась средняя растяжимость слюны и II тип ее микрокристаллизации. Отсутствие положительной динамики в изученных показателях было лишь у 2 человек из 3 основной группы исследования.

**Вывод.** Проведенное исследование подтверждает возможность влияния средств гигиены для рта благоприятно влиять на свойства ротовой жидкости и профилактику мукозита.

## ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

1Мадумарова З.Ш., PhD, 2Ходжибеков М.Х. д.м.н., проф.,  
1АГМИ, заведующая кафедры медицинской радиологии, 2ТМА, кафедра  
Медицинской радиологии

Цель исследования заключается в усовершенствовании ультразвуковой диагностики ревматоидного артрита и остеоартроза тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Обследовано всего 163 лиц, 103 из которых составили пациенты с остеоартритом тазобедренного сустава, 31 пациентов с ревматоидным артритом, и 29 лиц контрольной группы. Всем пациентам проводили ультразвуковое, рентгенологическое, лабораторное исследование и как референтный метод МРТ исследование.

Результаты исследования. Результаты сонографического исследования показали изменение формы головки бедра при остеоартрозе (ОА) тазобедренного сустава (ТБС) у взрослых: при 1 степени сохранялась сферичность головки (96%), но при 2 ст. отмечалось видоизменение в виде умеренного уплощения (42 % случаев) и значительного уплощения при 3 степени (96%) и резкая деформация с потерей формы при 4 степени. Выпот в полость сустава у пациентов с ОА 1 ст. практически отсутствовал (1 % случаев), при 2 ст. отмечалось у 10 %, а у пациентов 3 ст. визуализировался в 37% случаев, при ревматоидном артрите (РА) выпот присутствовал до 90%.

Основываясь на ROC анализ, показателями проявления РА было незначительное истончение гиалинового хряща  $\leq 1,3$  мм (чувствительность – 94,1%, специфичность- 93,5%, AUC-0,964,  $P<0,001$ ), утолщение фиброзной капсулы  $\leq 2,26$  мм (чувст. -83,3%, специф.-67,7%, AUC-0,766,  $P<0,001$ ), размеры остеофитов составляли  $>4,4$  мм (чувст. -71,3%, специф.- 93,5%, AUC-0,893,  $P<0,001$ ). Оценка кровотока латеральной огибающей артерии бедра при РА показало чувствительность пиковой систолической скорости кровотока (ПСС)  $\leq 24$  (чувст. – 32,1%, специф.- 82,6%, AUC-0,692,  $P<0,001$ ), и индекса резистентности (ИР)  $\leq 0,77$  (чувст. – 52,9%, специф.- 93,5%, AUC-0,764,

$P < 0,001$ ), а конечно-диастолическая скорость (КДС) не была столь чувствительна  $> 4,4$  (чувств. – 42,7%, специф.- 90,3%, AUC-0,582,  $P < 0,079$ ).

Учитывая эти данные основными патогномичными ультразвуковыми признаками РА были: синовит с наличием внутрисуставного выпота, утолщение синовиальной и фиброзной оболочки и множественные сигналы синовия при энергетическом доплеровском картировании, а также усиление кровотока в латеральной огибающей артерии головки бедра.

При сопоставлении данных ОА ТБС 2 и 3 степени отмечались достоверные результаты размеров остеофитов со специфичностью 96,8% и чувствительностью 100% (AUC-0,99±0,002,  $P < 0,001$ ). Истончение толщины гиалинового хряща и утолщение фиброзной капсулы отмечались чувствительностью 74,2% и 54,8%, и специфичностью 93,3% и 100% соответственно (AUC-0,84±0,05 и AUC-0,6±0,085,  $P < 0,001$  и  $P < 0,154$ ). При ПСС, КДС и ИР показателях скорости кровотока латеральной огибающей артерии головки бедра, отмечается их специфичность 100%, 96,8%, 64,5% и чувствительность 100%, 96,8% и 87,1% (AUC-1,0±0,0, 0,99±0,007, 0,8±0,05,  $P < 0,001$ ), что говорит о высокой достоверности скоростей кровотока.

На основе полученных данных критерием ОА ТБС является наличие остеофитов, деформация головки бедра и истончение гиалинового хряща сустава и снижение кровотока в латеральной огибающей артерии головки бедра.

Мы разработали достоверные пороговые ультразвуковые значения ОА ТБС: при 1 степени гиалиновый хрящ от 1,0 до 1,5 мм, во 2 ст. от 0,8 до 1,0 мм, 3 ст.  $< 0,8$  мм; размеры остеофитов - в 1 ст.  $> 4,0 \leq 5,1$  мм, во 2 ст.  $> 5,1 \leq 7,0$  мм, при 3 ст.  $> 7,0$  мм; ПСС латеральной артерии бедра при 1 ст-  $< 25,2 > 18,4$  см/сек, во 2 ст.  $> 18,4 \leq 25,2$  см/сек, а при 3 ст. ОА  $< 18,4$  см/сек; ИР 1ст.  $\leq 0,76$ , во 2 ст.  $> 0,75$ , при 3 ст.  $> 0,78$ .

Вывод. Возможности мультипараметрической сонографии позволяет точно дифференцировать ревматоидный артрит и остеоартроз тазобедренного сустава в ранних стадиях с уточнением степени поражения процесса.

## **ОСТЕОСИНТЕЗ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ФИКСАТОРАМИ С «ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ» У ДЕТЕЙ.**

**Маллабаев Л.Д., Назаров И.П.  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Переломы плечевой кости у детей являются частыми, которые составляет 7-22% среди всех переломов костей скелета. Вместе с тем, при свежих переломах плечевой кости ориентация детских травматологов – ортопедов исключительно на консервативные методы лечения и чрескожный остеосинтез спицами. В известной степени оправданная у пациентов первых лет жизни, применительно к детям школьного возраста в 9-28% случаев оборачивается посттравматическими деформациями и несращениями костей.

В последние годы все более широкое признание в лечении переломов костей конечностей находит внутренний напряженный остеосинтез устройствами с эффектом памяти формы.

При околосуставных поперечных переломах проксимального сегмента плечевой кости операция осуществлялась следующим образом. Передненаружным доступом (разрез кожи в проекции дельтовидно-грудной борозды или на 1-1.5 см снаружи от нее) послойно обнажали место перелома и сопоставляли фрагменты кости. Чрескожно фиксировали их 1-2 спицами. Затем с помощью шила или электродрели на

проксимальном костном отломке непосредственно в области большого бугорка расверливали отверстие под ножку скобы, в диафизарном отломке – второе отверстие. При таком расчете, чтобы расстояние между ними превышало исходную длину спинки скобы на 1-1.5 см. Скоба охлаждалась хлорэтилом, спинка ее выпрямлялась, а ножки устанавливались под прямым углом к плоскости спинке. После этого скоба переносилась в операционную рану и ножки ее внедрялись в ранее подготовленное отверстие в кости. Через 5-10 секунд, в связи с контактным нагреванием скобы до температуры выше +25 с, проявлялся эффект памяти никелида титана и скоба, стремясь восстановить свою первоначальную форму, упруго стягивала между собой костные отломки (межфрагментарная компрессия). Этим способом достигался надежный первично-стабильный остеосинтез. Комбинированный напряженный остеосинтез проксимального сегмента плечевой кости стягивающей скобой с ЭПФ в сочетании с двумя шинирующими спицами была выполнена у 12 больных. После операции гипсовая повязка не накладывалась. Поврежденную верхнюю конечность временно (до снятия швов) фиксировали повязкой Дезо, либо сразу накладывалась 8-образная ватно-марлевая повязка (запястье–шея). Через 14-20 дней извлекались спицы, и спустя 3-4 недели полностью прекращалась иммобилизация. Дети занимались лечебной гимнастикой, в ряде случаев назначались физиопроцедуры, массаж.

Таким образом, применение данного вида остеосинтеза, обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, способствует формированию полного костного сращения в относительно короткие сроки и созданию оптимальных условий для ранней активизации и реабилитации больных.

## **МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

**Маллабоев Л.Д. Журабаев Б.Ж. Назаров И.П  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Как правило, травма развивается вследствие ударного воздействия, параллельного оси конечности — например, при падении на разогнутую ногу, когда колено не амортизирует удар. Также причиной травмы может быть удар в области тазобедренного сустава, перпендикулярный оси конечности, но, такая травма сопровождается повреждением костей таза.

Тазобедренный сустав представляет собой шарнирное соединение. Бедренная кость соединяется с вертлужной впадиной таза и выступает латерально, а затем изгибается в медиальной и нижней части, образуя колено. Система связок и хрящей стабилизирует три степени свободы сустава. Верхняя губа выравнивает окружность вертлужной впадины для обеспечения устойчивости и амортизации. Суставной хрящ покрывает вогнутую область вертлужной впадины, обеспечивая большую стабильность и амортизацию. Сам сустав окружает капсула, закрепленная за сухожилием поясничной мышцы и тремя связками. Подвздошно-бедренная, или Y-образная связка расположена впереди и служит для предотвращения перерастяжения бедра. Лобково-бедренная связка расположена спереди прямо под подвздошно-бедренной связкой и служит в первую очередь для сопротивления отведению, разгибанию и некоторому внешнему вращению. Наконец, ишиофemorальная связка на задней стороне капсулы сопротивляется растяжению, приведению и внутреннему вращению. При рассмотрении биомеханики переломов бедра важно понять механические нагрузки, которые испытывает бедро при падении.

Тазобедренный сустав отличается тем, что рассчитан на комбинированные механические нагрузки. Осевая нагрузка вдоль стержня бедренной кости приводит к сжимающему напряжению. Изгибающая нагрузка на шейку бедренной кости вызывает растягивающее напряжение в верхней части шейки и сжимающее напряжение в нижней части шейки.

У пострадавших детского возраста переломы шейки бедренной кости встречаются у 15–20% от всех переломов костей конечностей. Повреждения данной локализации у детей встречаются при прямом воздействии травмирующего фактора. При лечении переломов шейки бедренной кости необходимо стремиться к анатомически точной репозиции для восстановления функции таза бедренной сустава и к прочной фиксации костных отломков. Консервативный метод лечения имеет множество осложнений, так как закрытая репозиция не обеспечивает точного сопоставления костных отломков, а кокситная или деротаторная гипсовая иммобилизация не предотвращает вторичного смещения, усиливает уже имеющиеся явления. В настоящее время травматологи все чаще прибегают к оперативному методу лечения данной патологии.

Переломы шейки бедренной кости относятся к тяжелым повреждениям, лечение которых сопряжено со многими проблемами, что накладывает особую ответственность на хирурга.

Анализ результатов: лечения переломов шейки бедренной кости у детей различными методами. В отделении хирургия повреждениями детского возраста РНЦЭМП Наманганского филиала в период 2023 г.г. находилось на лечении 22 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Консервативно пролечено 8 пациента (41%), фиксация спицами произведена 8 пациентам (41%), чрескостный остеосинтез винтами применен 4 пациентам (18%). В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация применялась только после остеосинтеза спицами. При консервативном методе лечения у 2 пациентов (17%) имело место вторичное смещение костных отломков. У 2 пациентов (17%) после остеосинтеза наблюдалась миграция спиц.

Вывод: Применение миниинвазивной фиксации переломов шейки бедренной кости обеспечивает раннее восстановление функции конечности и тазобедренного сустава с уменьшением срока пребывания больных в стационаре.

## **КУЛЬТУРА ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

**М.Р.Мамаджанова**

**Старший преподаватель кафедры Узбекского языка и литературы, языков  
Абдухалилова М - студентка 1 курса лечебного факультета  
Андижанский государственный медицинский институт**

Одним из важных отличий профессии врача от других профессий является гуманное отношение к пациенту. Человек, который приходит к врачу, доверяет ему свое здоровье, свою жизнь и свои переживания. Именно поэтому этика отношений между врачом и пациентом или медсестрой и пациентом так важна, ведь роль "человека в белом халате" и степень доверия, которое он вызывает, могут иметь решающее значение для успеха лечения.

Для многих пациентов самым важным фактором, влияющим на их окончательное решение лечиться в клинике, является первое впечатление о медсестре и первая встреча, манеры врача. Здесь также необходимо учитывать все: внешний вид, манеру общения и жесты. Ведь беседа врача с пациентом - это настоящая наука, и

многое зависит от коммуникативных навыков врача. Врач должен обладать хорошей культурой устной речи, уметь правильно формулировать и выражать свои мысли, иметь хорошее логическое мышление. Врач должен знать, как "достучаться" до пациента, объяснить проблему, донести мысль и адаптировать свои знания к потребностям и уровню развития каждого больного, потому что у каждого пациента свой опыт и качество жизни.

Врач должен заранее все тщательно обдумать и постараться не усугублять ситуацию. Более того, в силу специфики области, пациент может не знать многого о том, что его ждет в ходе болезни (по сути, он даже не знает, за что платит), но это не дает врачу права принижать клиента, пренебрегая возможностью высказать свою точку зрения. Если врач слышит, что говорит пациент, это и есть лечение. Отсутствие внимания к пациенту приводит к ощущению ненужности, отчаянию и в то же время к пониманию безразличия и, следовательно, к недоверию к врачу. Необходимо заботиться о психическом здоровье пациента. Великий врач Абу Али ибн Сина говорил, что врач должен действовать на психику пациента. Самое главное, он должен быть основан на уважении к пациенту. Врач должен обладать навыками активного слушания: задавать открытые вопросы и поддерживать зрительный контакт. Хорошие навыки общения со стороны врача повышают терпимость и общую удовлетворенность пациента.

А.П.Чехов говорил: «Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов».

## **УПРАЖНЕНИЯ КАК ОСНОВНОЕ СРЕДСТВО ОВЛАДЕНИЯ ЯЗЫКОМ**

**М.Р.Мамаджанова**

**Старший преподаватель кафедры Узбекского языка и литературы, языков Сайдуллаева Г. – студентка 1 курса лечебного факультета Андижанский государственный медицинский институт**

Внимание к вопросу обучения речи вызвано тем, что целью обучения русскому языку является практическое владение языком. Именно поэтому особое внимание следует обратить на коммуникативные упражнения, которые должны научить студентов выражать мысли, должны помочь им сделать решающий шаг в подлинную речь.

Речевые упражнения отличаются от всех прочих, прежде всего, направленностью, целью – научить обучаемых говорить так, чтобы оказать влияние на слушателя в определенном направлении. В связи с этим необходимо отметить следующее: задание на речевое упражнение предполагает высказывание говорящего на уровне сверхфразового единства. Только сверхфразовое единство отличается коммуникативной направленностью, в то время как фраза обладает определенной коммуникативной ценностью.

Для того чтобы началось общение, нужно не только испытывать определенную потребность, но и произвести ориентировку в проблемной ситуации, только после этого у человека формируется определённое коммуникативное намерение. После осознания студентом коммуникативной задачи, он строит мысленную программу высказывания, которая реализуется в словах. Каждое речевое упражнение имитирует акт общения. Чем больше у студента практика говорения на русском языке, тем выше уровень его речевой активности. Речевые упражнения помогают студентам постепенно преодолеть робость и скованность, которую они все испытывают на

первых этапах обучения речи, формируют их речевую активность, которая понимается как психологическая готовность субъекта стать участником общения.

Рассмотрим более детально некоторые упражнения, обратив внимание на технику работы с речевыми упражнениями. При изучении темы: «Независимость Узбекистана» целесообразно предложить такое задание: «Вы побывали в столице нашего государства Ташкенте, расскажите о своих наиболее интересных впечатлениях. Что дала Независимость народу?». Рассказ - это одна из коммуникативных приёмов, которую мы очень часто используем в реальном общении. Задание предполагает определенную речемыслительную работу говорящего: он должен рассказать не вообще о поездке в Ташкент, а только о том, что произвело на него особое впечатление. Выводы он должен подтвердить фактами, только тогда его речь станет интересной и убедительной.

Упражнение будет эффективным, если рассказ студента прозвучит впервые. Если же студенту уже приходилось делиться своими впечатлениями о поездке, то подлинная мотивация, желание говорить, конечно, невозможно, как и невозможен настоящий интерес у слушающих. В этом случае общение не может быть полноценным: речь перестает быть выразительной и не достигает цели.

Эффективность процесса обучения говорению зависит не только от правильной формулировки заданий, но и от всей манеры преподавателя держаться. Студенты должны чувствовать его заинтересованность, искреннее внимание, желание вникнуть в их дела, помочь им.

Речевые упражнения создают условия, при которых каждое связанное монологическое высказывание студента мотивировано, имеет адресат.

Все названные моменты являются надежной предпосылкой того, что монологическое высказывание учащегося на русском языке будет обладать теми качествами, которые характерны для него в реальном общении, оно будет логично, содержательно и доказательно.

## **СМЕРТНОСТЬ ОТ ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ОРГАНИЗМА В ГОРОДЕ ОШ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ДАННЫМИ ООЦСМЭ за 2010-2019гг.**

**Мамадыев Б, Шатманов С.Т, Мамыров Н.А, Жолдошева Э.К, Истамулов Х.Х  
Ошский Государственный Университет, медицинский факультет**

Диагностика смертельной холодовой травмы представляет сложную проблему современной судебной медицины, несмотря на довольно длительную историю изучения и продолжает оставаться неоднозначной и порой затруднительной. Важность дальнейшего изучения этой проблемы медицины во всех регионах постсоветского пространства, остается актуальной в нынешние времена. Климатические условия современного Кыргызстана, все меняющиеся региональные природные изменения воплотят свои лепты этой теме.

Цель: изучить в сравнительном аспекте положение дел смертности от холодовой травмы в связи общего переохлаждения, в городе Ош Кыргызской Республики, с другими регионами постсоветского пространства.

Материалы и методы исследования: материалом данного исследования явились протоколы заключения умерших от холодовой травмы с подозрением на общее переохлаждения, данные судебно-медицинских лабораторных исследований, архивные материалы Ошского областного центра судебно-медицинских экспертиз

Минздрава Кыргызской Республики за период 2010-2019 годы, ретроспективный статистический анализ полученных данных в сравнительном аспекте.

Результаты исследования показали, что процент смертности от общего переохлаждения организма в структуре насильственной смерти по городу Ош не высок, от некоторых регионов России, Казахстана, Государств Средней Азии. Общее переохлаждение как правило приходится на зимний период времени. Количество смертей трудоспособного населения чаще приходится в возрастных группах 46-55 лет, количество смертей от общего переохлаждения организма мужского населения 2хкратно превышает количество умерших женщин, а также люди чаще погибает от холода при алкогольном опьянении. Концентрация алкоголя в крови имеет значение, так как, при большой концентрации смерть наступает быстрее. Чем больше принята алкоголь, тем менее устойчив организм к охлаждению. Частота возникновения рассматриваемых случаев смерти от холодовой травмы зависит от места проживания, сезона года, возраста и стажа проживания в данном регионе. Количество умерших от общего переохлаждения не коренных национальностей превышает коренного населения, что адаптация организма сезонному климату имеет определенное значение.

Выводы: Изучения смертности от общего переохлаждение организма всегда актуален и подлежит дальнейшего исследования с применением современных методов диагностики с учетом тех факторов социальной сферы как алкоголизм, социального положения пострадавших и поло - возрастного различия граждан работоспособного возраста.

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Мамажонов Б.С., Вақасов Г.Г., Бекмамбетова В.Я.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

По литературным данным (Нармухамедова Н.А. ТМА) сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место среди причин смерти населения, причем у больных артериальной гипертонией (АГ) в 40% случаев развивается инфаркт миокарда (ИМ), а 70-80% - инсульт. У больных АГ необходимо правильно оценивать риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) для профилактики их развития (Мамедов и др., 2005).

Целью настоящей работы была оценка критериев для проведения профилактических мероприятий больных АГ в отделение реабилитации.

Материалы и методы. Для оценки существующей практики проведен анализ истории болезни больных АГ и оценка знаний кардиологов по вопроснику.

Полученные результаты.

Необходимость у каждого больного с АГ выявлять следующие факторы риска: возраст, курение, сахарный диабет (СД), ожирение, наследственность обще известно. Как показал анализ история болезней, врачи чаще обращали внимание на курение (56%), избыточный вес (64%), реже на наличие СД (36%) и наследственность (48%). Причем врачи правильно отвечали на вопросы о факторах риска но редко записывали их в истории болезни.

Поражение органов-мишеней кардиологи должны выявлять по ЭКГ, анализу мочи, состоянию сосудов на глазном дне. Если ЭКГ назначали 80% кардиологов, то анализ мочи - 60%, а осмотр глазного дна только 60% кардиологов.

Наличие ассоциированных заболеваний, наиболее часто вызывающие ССО, выявляла только половина кардиологов, среди них 50% спрашивали об инсульте, 77% врачей - об инфаркте миокарда.

Таким образом, оценка риска развития ССО у больных с АГ является важным моментом в диагностике этого состояния, степень риска вписывается в диагноз. Если у пациента имеется поражения органов-мишеней - высокий риск, требующий немедленного назначения медикаментозной реабилитации. Более того, наличие ассоциированных заболеваний оценивается как высокий риск развития ССО и независимо от уровня АД, требует стационарного продления профилактических реабилитационных мер. Правильная диагностика риска предупредит развитие ССО и снизит показатели высокой смертности от ССЗ.

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ОСНОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**Мамажонов Б.С., Худайбердиев К.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М.  
Андижанский государственный медицинский институт**

**Введение.** При заболеваниях позвоночника магнитно-резонансная томография (МРТ) является одним из высокоинформативных и безопасных методов исследования. Метод МРТ-исследования носит точный диагностический характер, который помогает получить детальное изображение структур позвоночника и окружающих тканей с помощью магнитных полей и радиоволн, без введения контрастного вещества во фронтальном и сагиттальном поперечных срезах. МРТ-исследование позволяет диагностировать грыжи межпозвонковых дисков, опухоли позвоночника, нервные сдавления и другие патологии.

**Цель исследования.** Направлением исследования было определение методики хирургического лечения дегенеративных и дистрофических изменений в поясничном отделе позвоночника на основании МРТ диагностики.

**Материалы и методы.** В нашей научной работе были обследованы 140 больных разных возрастных категорий, которые оперировались в период с 2019 по 2022 года. Поскольку у 103 (73,6%) пациентов были выявлены остеохондроз поясничного отдела позвоночника и грыжа межпозвонкового диска, для операции мы использовали методику аркотомии + дискэктомии + фораминомии. 24 (17,1%) пациентам была проведена операция по методике гемиламинэктомии + дискэктомии + фораминомии + реконструкции позвоночного канала в связи с выявлением у них остеохондроза поясничного отдела позвоночника, грыжи диска, стеноза позвоночного канала и окостенения желтой связки. У 13 (9,3%) пациентов были выявлены остеохондроз поясничного отдела позвоночника, грыжи межпозвонковых дисков, стеноз позвоночного канала кольцевого типа, гипертрофия желтой связки, задний остеофит тела позвонка, гипертрофия суставной поверхности. В связи с этим была проведена операция по методике расширенной гемиламинэктомии + дискэктомии + фораминомии + реконструкции позвоночного канала.

**Результаты.** Каждая применяемая нами хирургическая методика проводилась исходя из своей цели и конкретных показаний к состоянию дегенеративных и дистрофических изменений в выявленном позвоночном канале, в зависимости от сути заболевания. В течение нескольких дней после операции была проведена активная реабилитация пациентов после того, как полностью прошел эффект от лечения общей

анестезией. Мы оценили эффективность процедур, выполняемых при хирургическом лечении остеохондроза поясничных позвонков, используя разработанные критерии. 95% из 140 пациентов получили хорошие результаты, а у 5% - удовлетворительные.

Выводы. По результатам МРТ-исследований 140 пациентов, проведенных перед операцией, стало известно, что можно точно диагностировать и проводить операции небольшого масштаба, основываясь на том, в каком сегменте позвоночника расположены патологические очаги, коэффициент компрессии нервных корешков и общий объем позвоночного канала. Таким образом, выполняемые маломасштабные хирургические методы лечения остеохондроза поясничных позвонков, способны устранить все факторы не оказывая существенного влияния на анатомическую структуру позвонков при операциях. По этой причине оперируемый сегмент позвоночника полностью сохраняет свои ортопедические свойства.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И НОРМОДИПИНА ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ**

**Мамажонов Б.С., Ваққасов Ғ.Ғ., Каримов А.А.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Большая широта применения ингибиторов АПФ и антагонистов кальция в кардиологической практике и высокая эффективность их при совместном применении, особенно у больных со стойкой формой артериальной гипертензии (АГ), диктует необходимость обстоятельного изучения механизмов взаимодействия этих препаратов (Насиров Ш.Н. и соавт.).

Целью нашего исследования явилось изучение клинических и гуморальных эффектов ингибитора АПФ Лизиноприла (Диротон-Д), антагониста кальция-Нормодипина (Н) и комбинированного препарата Эквадора (Э), (все препараты фирмы Гедеон Рихтер) у больных АГ.

Материалы и методы: исследование проведено у 30 больных со стабильной формой АГ. Больные были разделены на три группы: в первую группу больные, получавших диротон в суточной дозе 10мг. во вторую больные, принимавших нормодипин 5мг/сут. Третью группу составили больные, у которых в конце второй недели на фоне монотерапии снизилось и стабилизировалось артериальное давление. Результаты и обсуждение. В конце 2 недели монотерапии диротоном гипотензивный эффект наблюдался у 12, а в случаев применения нормодипина у 6 больных, остальные 12 больных, с третьей недели, получали комбинированную терапию. В конце четвертой недели целевой уровень АД был достигнут у 25 из 30 больных этой группы. Таким образом, в целом в трех группах достижение целевого уровня АД составило 83,3% (у 25 их 30 больных).

Изучение АРП в комплексе второй недели монотерапии Диротоном показало повышение её на 63.7%, при лечении нормодипина на 66.8%, а после комбинированной терапии соответственно до 96%.

Таким образом, высокая эффективность комбинированное применение лизиноприла и нормодипина, которая была установлена в наших исследованиях при лечении больных со стабильной АГ, обусловлена не только гемодинамическим эффектом двух препаратов, приводящих к усилению гипотензивного эффекта, но и нейрогуморальными сдвигами.

## **РАЗРЫВ КОРНЯ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Мамажонов И.Ш., Усманов Ф.М.**

**Цель исследования:** Улучшение результатов лечения пациентов с разрывами корня медиального мениска путём усовершенствования хирургического лечения.

### **Методы и материалы**

Материалом исследования являются 29 пациентов с патологиями разрыв корня медиального мениска, лечившиеся в отделениях спортивной травматологии и артроскопии ГУ РСНПМЦТО МЗ РУз за период с 2020 по 2023 г.г. При выполнении работы использованы клинические, субъективные шкалы, рентгенологические, МРТ и статистические методы исследования.

### **Результаты**

За 36 месяцев работы с данной патологией, было выявлено 29 повреждений корня мениска. Среди них, 3 случаев повреждения у мужчин (средний возраст  $49,2 \pm 11,9$ ) и 26 у женщин (средний возраст  $55,5 \pm 12,6$ ). Превалирующее количество повреждений, было дегенеративного генеза.

Предоперационное значение среднего балла Лизхольма составил 90,3 (диапазон 75-100)/ Улучшения показатели Лизхольма были статистически значимыми 90.3 (диапазон, 75-100) ( $P = .001$  и  $P = .000$  соответственно). Последующая МРТ была выполнена 29 пациентам. У 15 (50%) пациентов наблюдалось полное заживление; у 7 из этих 15 пациентов наблюдалось полное заживление с изоинтенсивным сигналом нормального мениска, а у 8 наблюдалась промежуточная сигнальная ткань в месте предыдущего разрыва без какой-либо расщелины высокого сигнала или призрачных признаков. У 13 (40%) пациентов наблюдалось частичное заживление, а у 1 (10%) - полное отсутствие заживления.

### **Вывод**

Пациенты с выраженным сужением медиальной суставной щели, варусной деформацией более  $3^\circ$ , артрозом 3 или 4 степени не подходят для наложения трансстибиальных швов путём артроскопической восстановлению корня медиального мениска. После хирургического лечения с использованием вышеописанной методики обнаружили улучшенные клинические результаты у пациентов, перенесших трансстибиальную фиксацию мениска, в отличие от пациентов, перенесших частичную менискэктомию, с точки зрения оценки Лизхольма, рентгенологических данных, сужения суставной щели и уровня прогрессирования артрита, определенного Келлгреном- Смена класса Лоуренса и на МРТ. Ретроспективный анализ результатов классического метода – артроскопическая частичная менискэктомия остается возможной альтернативной методикой при противопоказаниях к применению предложенного усовершенствованного способа.

## **ПРИЧИНЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА COVID-19**

**Мамарасулова Д.З., Мамасалиев Н.С., Далимов А.А. Далимова К.М**  
**РНЦРЭМП Андижанский филиал**  
**Андижанский государственный медицинский институт.**

**Введение:** Инфекция Covid (коронавирус), вызванная крайне тяжелым респираторным заболеванием, Covid 2 быстро распространилась по всему миру, вызвав

более 6 миллионов смертей и серьезную угрозу для медицинских учреждений. Безусловно, у большинства выживших после коронавируса наблюдаются различные уровни последствий для здоровья, включая пневмонические, неврологические, психические и сердечно-сосудистые осложнения. Посткоронавирусный аспирационный фиброз является одной из центральных проблем, возникающих после выздоровления от этой пандемии. Факторы риска посткоронавирусного аспирационного фиброза включают возраст, мужской пол и серьезность коронавирусной инфекции.

Обработанная томография с высокой целью дает аналитическую полезность для анализа пневмонического фиброза, поскольку дает больше информации о примере и степени пневмонического фиброза. Появляющаяся информация, показывающая сходство между посткоронавирусным аспираторным фиброзом и идиопатическим пневмоническим фиброзом, требует дальнейшего изучения. Лечение посткоронавирусного пневмонического фиброза зависит от многих факторов, однако в целом зависит от исключения различных причин аспирационного фиброза, степени фиброза и физиологической инвалидности. Лечение включает иммунодепрессанты в сравнении с антифибротиками или и то, и другое.

Пневмонические спутанности сознания, особенно интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ), являются ожидаемыми осложнениями после коронавируса. Эта гипотеза предполагает вирусологию как причину и триггер патогенеза ИЗЛ. Наиболее обоснованные доказательства были получены от выживших после SARS CoV-1, которых Чжан и др. запомнили благодаря самому длительному концентрату, в который был включен 71 пациент из единственной клинической базы в Китае и находился под наблюдением в течение довольно длительного времени. В течение этого времени после выздоровления были проведены высокоцелевая зарегистрированная томография (HRCT) и тест легочной способности (PFT), которые через некоторое время повторились. Их результаты показали, что у 38% пациентов были выявлены интерстициальные нарушения легких (ИЛ), представленные в основном в виде помутнений по типу «матового стекла» (GGO) и веревочных сращений, наряду с обнаружением физиологического истощения. Хотя эти аномалии улучшались, фиброзные нарушения сохранялись на протяжении всего их развития.

Более того, стойкое респираторное заболевание Covid (MERS-CoV), вызванное ИЛ после Центрально-Восточного региона, было заархивировано. Дас и др. проанализировали рентгенограммы грудной клетки 36 человек, перенесших БВРС-CoV, в период от нескольких месяцев до 8 месяцев после выписки из клиники. Хотя радиологическая стратегия была уникальной, возникновение паренхиматозных нарушений (38%) после MERS-CoV наблюдалось в случаях вирусного заболевания H1N1. Более пожилой возраст и серьезные заболевания БВРС-CoV, требующие направления в отделение неотложной помощи, рассматриваются как факторы риска развития пневмонического фиброза после БВРС-CoV.

С другой стороны, многочисленные инфекции вовлечены в патогенез, развитие и ухудшение ИЛФ, а также других ИЗЛ. Например, цитомегаловирус, инфекция Эпштейна-Барра и семейство герпетических инфекций вовлечены в патогенез ИЛФ. Учитывая ранее упомянутые реалии, мы можем предположить, что ожидание ИЗЛ как последствий коронавируса является существенной спекулятивной авантюрой.

ИЛ и пневмонический фиброз выявлялись как при текущих, так и при отдаленных последующих обследованиях. При кратковременном аспираторном фиброзе, сопровождающемся интенсивным коронавирусом, многие исследования выявили эту проблему по сравнению с интенсивным коронавирусом, а в некоторых случаях даже

требовалась немедленная трансплантация легких. Например, пневмонический фиброз, представленный в виде коллагеновых показаний, и потеря циркуляции воздуха в легких были действительно невротическими находками крибиопсии легких, выполненной у пациентов на искусственной вентиляции легких и после их смерти, что связано с признаками фиброза легких по КТВР, приводившими в течение нескольких дней. перед криковой биопсией. Более того, пневмонический фиброз, вызывающий стойкую гипоксию, составил 19% пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии в одном исследовании. В ходе многоцентрового предварительного исследования были обследованы эксплантированные легкие 12 пациентов с коронавирусом по всему миру, перенесших трансплантацию легких.

Верное своей форме, диффузное альвеолярное повреждение (Отец) было жизненно навязчивой находкой эксплантированных легких, при прочих равных условиях. По мере того, как время от решения о переезде увеличивается, Отец оказывается более скоординированным в сторону фиброза легких с бронхиолизацией альвеол, связанных с крошечными сотами, которые являются частью традиционных элементов фиброза легких. Гулати и Лакхани сосредоточились на КТ-изменениях паренхимы легких во время тяжелой коронавирусной болезни и вскоре после нее.

Типичное время между основной КТ и последующим наблюдением составляло месяц, за исключением пациентов с прошлым диагнозом ИЗЛ. В обзоре подтверждено развитие интенсивных изменений, характеризующихся наличием ГГО, в фиброзе легких в виде ретикулярных нарушений, опорных бронхоэктазов и структурных увечий. Кроме того, почти у половины пациентов образовались сотовидные или неэмфизематозные волдыри, которые являются характерными рентгенологическими признаками фиброза легких на последней стадии. Хотя это было замечено лишь у нескольких пациентов, это наверняка означает текущие последствия коронавируса.

Во многих исследованиях зафиксирована связь между возрастом, полом и сопутствующими клиническими заболеваниями, серьезностью заболевания коронавирусом и улучшением фиброза легких. В нескольких исследованиях возраст является одним из основных факторов риска пневмонического фиброза, который усложняет течение коронавируса и вызывает различные неудобства. В настоящее время мужской пол является осознанным фактором риска для серьезного Коронавируса и его смерти. Кроме того, мета-анализ данных о смертности, связанной с коронавирусом, показал, что курильщики, активные или неактивные, подвергаются более серьезному риску развития тяжелого и запутанного течения коронавируса, чем некурящие. В тот момент, когда мы анализировали факторы риска, в частности риск возникновения пневмонического фиброза, мы также обнаружили сравнительные факторы риска. Хуанг и др. проанализировали факторы клинической игры, связанные с ожидаемым улучшением пневмонического фиброза, и показали, что более установленный возраст, мужской пол и наличие сопутствующих заболеваний отрицательно влияют на выносливость. В любом случае, серьезность самого коронавируса связана с развитием пневмосклероза среди людей, преодолевших это тяжелое заболевание.

Заключение. В целом посткоронавирусная ИЗЛ является следствием пандемии. Риск посткоронавирусного аспирационного фиброза является наиболее примечательным среди тяжелых тяжелых случаев коронавируса. Это клиническое значение и нормальный анамнез развивается. Кроме того, коронавирусные ИЗЛ и ИЛФ имеют клиническое и органическое сходство. В заключение, пример вклада ILD определяет подходящее лечение; таким образом, антифибротики могут быть эффективны при посткоронавирусном фиброзном ИЗЛ.

## **АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С., Урманбаева Д.А.**

**Кафедра онкологии**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Многочисленность клинических проявлений заболеваний молочной железы создает определенные трудности в установлении диагноза. Одними из ошибок, влияющих на тактику, являются трудности при тонкоигольной биопсии и при цитологической трактовке препаратов.

Цель исследования. Изучить ошибки амбулаторной диагностики при заболеваниях молочной железы.

Материалы и методы исследования. Изучено 138 историй болезни женщин, поступивших в клинику с диагнозом доброкачественного образования. Преобладали пациентки в возрасте от 45 до 60 лет (58%).

Результаты исследования. Чаще поражалась правая молочная железа (68%), верхне-наружный квадрант (44%). Размер опухоли был до 2 см у 85% больных. Наиболее часто был поставлен диагноз локализованного фиброаденоматоза (62%), у 21% - фиброаденома, у 17% констатирована киста молочной железы. Морфологическая верификация опухоли выполнялась при тонкоигольной биопсии, но не в стационаре. У 41% пациенток, при повторной пункции, выполненной в клинике, был верифицирован рак. У 35% больных диагноз рака поставлен при секторальной резекции, а у 21% только при плановом гистологическом исследовании. Гистологически в этих случаях был высокодифференцированный рак.

Вывод. Таким образом, к ошибкам амбулаторной диагностики можно отнести неправильно технически выполненную пункцию при небольших размерах опухоли и неправильную трактовку морфологического субстрата при высоко дифференцированном раке.

## **ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ТЕРАПИИ ФИЗИЧЕСКОЙ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.**

**Мамасолиева Ш.А., Абдукахорова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б.**

**Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность темы. Изучение физической мультиморбидности у беременных является важным для разработки эффективных стратегий предотвращения и управления этим состоянием, а также для улучшения здоровья матери и ребенка. Регулярное медицинское наблюдение за беременными с учетом их медицинской истории и наличия сопутствующих заболеваний, рациональное планирование беременности с учетом наличия хронических заболеваний у женщины, оптимизация лечения и контроль за состоянием перед зачатием и во время беременности и обеспечение адекватного лечения сопутствующих заболеваний во время беременности с учетом безопасности для плода являются адекватным путем профилактики и лечения физической мультиморбидности у беременных.

Цель настоящего исследования. Анализ частоты встречаемости, особенностей профилактики и разработка эффективных методов лечения физической мультиморбидности у беременных.

Задачи исследования. Анализ частоты возникновения физической мультиморбидности, распространенности общих факторов риска и исследование эпидемиологических характеристик в группах беременных женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности в Ферганской долине.

Материал и методы. Объектом исследования являются беременные женщины, проходящие наблюдение в перинатальном центре, родильных комплексах и поликлиниках в период с 2019 по 2021 годы. Из общего списка беременных женщин города Андижана была сформирована репрезентативная выборка в размере 10%, что составило 1500 человек. Для проведения эпидемиологического исследования выбранные беременные женщины будут проходить обследование с использованием опросных, биохимических, клинических, акушерско-гинекологических и инструментальных методов исследования.

Результаты. Изучена частота распространённости физической мультиморбидности в популяции беременных женщин, проживающих в условиях Ферганской долины Узбекистана. В эпидемиологическом исследовании определена распространенность общих факторов риска физической мультиморбидности у беременных. Изучены и определены региональные эпидемиологические характеристики общих факторов риска в группах популяции беременных женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности.

Вывод. Распространение неинфекционных заболеваний (НИЗ) обусловлено, прежде всего, пятью основными факторами риска: употреблением табака, вредным употреблением алкоголя, недостаточной физической активностью, нездоровым питанием и загрязнением воздуха. Ограниченная доступность услуг по диагностике, лечению НИЗ и уходу за больными также является значимым фактором. Эпидемия НИЗ может привести к разрушительным последствиям для здоровья отдельных людей, семей и местных сообществ, а также создать непосильную нагрузку для систем здравоохранения. Социально-экономические издержки, связанные с НИЗ, настолько велики, что профилактика и борьба с этими заболеваниями стали одной из важнейших задач развития в XXI веке.

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Маматхужаев З.С.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

### **Актуальность**

Коморбидное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в настоящее время отличается большой распространенностью и выявляется в более 40% случаях.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению коморбидности ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких предметом дискуссии остаются вопросы определения понятия «коморбидная патология», основные критерии оценки возникновения и взаимоотношения этого сочетания. Клиническое течение ишемической болезнью сердца сочетанной с хронической обструктивной болезнью легких имеет ряд особенностей, затрудняющих раннюю диагностику ишемии сердца, что делает актуальной проблемой их изучения.

**Цель** – рассмотреть критерии оценки коморбидного течения ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких и провести их анализ.

**Материал и методы исследования.**

Материалом для исследования служили литературные данные о критериях оценки коморбидного течения ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких.

**Результаты исследования.**

Особенностью клинического течения коморбидной патологии заключается в том, что, одно заболевание остается в «тени» другого, что затрудняет их диагностику и диктует необходимость их активного выявления у больных. В литературе имеются данные, когда ишемическая болезнь сердца на фоне хронической обструктивной болезни легких может протекать атипично, без четких корреляций между клинической картиной ИБС и результатами инструментальных исследований.

Одним из факторов, способствующих атипичному течению ишемической болезни у больных ХОБЛ, рассматривается хроническая гипоксемия, при которой происходит определенная адаптация миокарда к дефициту кислорода и повышение порога болевой чувствительности.

В некоторых работах отмечена связь частоты развития безболевого ишемии миокарда с тяжестью течения ХОБЛ. Достаточно часто при ХОБЛ встречаются нарушения ритма сердца и проводимости. По данным научных источников установлено, что эпизодам ишемии миокарда левого желудочка при ХОБЛ и ИБС сопутствует развитие различных нарушений ритма по типу тахи- брадиаритмий, аритмий высоких градаций по Лауну, а также удлинение интервала Q-T.

Результаты ряда работ свидетельствуют о том, что больные ИБС с эпизодами ишемии миокарда левого желудочка, в том числе безболевыми, представляют собой группу повышенного риска в плане развития сердечно-сосудистых осложнений, по сравнению с больными, у которых они отсутствуют. Однако, если негативное влияние безболевого ишемии миокарда на прогноз больных ИБС доказано, то у больных с ХОБЛ, в том числе и сочетанной с ИБС, недостаточно исследованы ее частота, продолжительность, распределения эпизодов ишемии в течение суток и их прогностическое значение. Кроме этого, пациенты ХОБЛ не получают раннюю адекватную противоишемическую терапию и представляют группу высокого риска в плане развития острой сердечно-сосудистой патологии. Согласно проведенным научным результатам исследований клиническое значение ассоциированной сердечно-сосудистой патологии при ХОБЛ заключается в следующих факторах: патогенетическая взаимосвязь (пульмогенная гипертония), свободнорадикальное окисление, особенности клинического течения, а именно, атипичное течение ИБС без стенокардии, трудности диагностики, проблемы ведения больных. Протекая бессимптомно, болезнь не вызывает опасений у пациента за состояние своего здоровья.

Диагностика ИБС у больных ХОБЛ в настоящее время базируется на следующих принципах: активное ее выявление (целенаправленный расспрос с использованием стандартизированного опросника Роуза и тщательный анализ клинической картины) и использование дополнительных методов исследования: велоэргометрия, эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское электрокардиографическое мониторирование, нагрузочные тесты и др. Однако, как указывает ряд авторов, при анализе данных эхокардиографии у больных с бронхолегочными заболеваниями могут возникнуть трудности с интерпретацией данных, поскольку визуальное окно может быть ограничено раздутыми легкими, что усложняет точность измерения в 10-30% случаев. Следует отметить, что нагрузочные пробы не всегда выполнимы, особенно при

тяжелом течении заболевания, фатальных нарушениях ритма. Кроме того, стандартизированный опросник Роуза позволяет активно выявлять больных только с болевой формой ишемической болезни сердца.

Определенные трудности отмечаются в трактовке болевого синдрома в области сердца. Болевые ощущения могут иметь место, как при ИБС, так и при развитии легочного сердца на фоне ХОБЛ. Одышка также рассматривается в качестве клинического эквивалента ишемии миокарда левого желудочка. Выяснить ведущую причину одышки помогает подробный анализ клинической картины и исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Снижение показателя жизненной емкости легких при сохраняющемся на прежнем уровне объем форсированного выдоха за 1 секунду наводит на мысль о прогрессировании застойных явлений в малом круге кровообращения.

Обострение ХОБЛ, часто сопровождающееся значительным снижением объема форсированного выдоха за 1 секунду и нарастанием гипоксии, может спровоцировать обострение ишемической болезни сердца. Ряд авторов указывает, что клинически часто сложно различать сердечную и легочную болезнь как причину одышки, что нередко требует проведения дополнительных функциональных нагрузочных тестов. Нарушения функции внешнего дыхания при ХОБЛ проявляются не только нарушением бронхиальной проходимости, но также изменением структуры статических объемов, нарушением эластических свойств, диффузионной способности легких, что приводит не только к нарастанию одышки, но и к снижению трудоспособности, увеличению степени социальной недостаточности и инвалидизации больного.

#### **Заключение**

Таким образом, согласно данным литературы, диагностика сочетанной патологии ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких затруднительна. Все это указывает на необходимость комплексного диагностического подхода с учетом особенностей течения ведущей и сопутствующей патологии, поиска дополнительных неинвазивных критериев диагностики ишемической болезни сердца у пациентов ХОБЛ.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Маматхужаев З.С.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

#### **Актуальность**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире, от которой по оценкам ВОЗ каждый год умирает 17,9 млн человек. У современных больных ишемическая болезнь сердца часто сочетается с хронической обструктивной болезнью легких, которое увеличивается с возрастом больных, достигая 60% с тенденцией к увеличению.

**Цель** – исследовать особенности течения ишемической болезни сердца при хронической обструктивной болезни легких и провести их анализ.

#### **Материал и методы исследования.**

Материалом для исследования служили литературные данные об особенностях течения ишемической болезни сердца при хронической обструктивной болезни легких.

#### **Результаты исследования.**

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), по данным различных исследований составляет от 10%-62,8%, у пожилых до 78%. В исследовании О.В. Тарасенко сочетаемость ХОБЛ с ИБС составила 36,6%, а ИБС с ХОБЛ - 47,5%.

При сочетании ишемической болезни сердца с хронической обструктивной болезнью легких присутствует синдром взаимного отягощения, что приводит к большей частоте формирования гипертрофии и дилатации правого желудочка, к увеличению выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка, высокой частоте развития гипертрофии по концентрическому и эксцентрическому типу, возрастанию объема левого желудочка, а также значительному снижению сократительной его функции. Диастолическая дисфункция характеризуется увеличением числа больных с рестриктивным типом кровотока на митральном клапане и появлением пациентов с рестриктивным типом кровотока на трикуспидальном клапане, возрастанием частоты диастолической дисфункции левого желудочка, в том числе второго типа.

По данным И.Л. Горелик при сочетании ИБС с ХОБЛ диастолическая дисфункция левого желудочка выявляется в 98,2% случаев: 30,4% - нарушение релаксации; 35,7% - «псевдонормальный» тип; 32,1% - рестриктивный тип.

В работе Н.В. Шелобановой псевдонормальный тип диастолической дисфункции миокарда при сочетании ХОБЛ и стенокардии напряжения II, III функциональных классов, был обнаружен как в правом (в 41,9%), так и в левом желудочке сердца (в 48,4%), в то время как при изолированном течении ХОБЛ этот вариант дисфункции был выявлен в 30,4% случаев только в правом желудочке, а при изолированном течении ИБС - в 16,7% случаев только в левом желудочке.

В исследованиях Е.Б. Клестер показано, что у пациентов ХОБЛ с ИБС превалирует III функциональный класс хронической сердечной недостаточности.

Распознавание ИБС у больных ХОБЛ вызывает определенные трудности. ИБС у больных ХОБЛ может проявляться тремя основными клиническими вариантами течения: стенокардитическим (11%-43%), бронхообструктивным (10%-24%), безболевым (47-88,4%). Для больных ХОБЛ с сочетанием ИБС характерно удлинение времени безболевой ишемии миокарда. Считается, что хроническая гипоксия повышает порог болевой чувствительности и способствует атипичному течению ИБС у больных ХОБЛ.

В работе Е.Н. Чичериной отмечено, что легкая степень бронхообструкции у каждого четвертого больного ХОБЛ сопровождается ишемией миокарда, а среднетяжелая у каждого третьего, при этом преобладают безболевые эпизоды.

Для ассоциации ИБС и ХОБЛ типично наличие желудочковых и сложных нарушений ритма. Жизнеугрожающие нарушения ритма при сочетании ХОБЛ с ИБС фиксируют в 38,6% случаев, наджелудочковые нарушения ритма - у 50,9% пациентов, в то время как при изолированном течении ИБС эти показатели заметно ниже ( $p < 0,05$ ) и составляют 19,3% и 35,8%, соответственно. При сочетанной патологии в качестве пусковых факторов аритмий рассматриваются: гипоксия, повышенный тонус блуждающего нерва, наличие зон асинергий и гипервозбудимость миокарда, плотность бета-адренорецепторов и холинорецепторов бронхиально-сосудистой системы, длительность приема брон-холитиков и бета-блокаторов.

По мнению Л.И. Козловой, при наличии ИБС компенсаторные способности основного водителя ритма ограничены, поэтому частота сокращений не всегда адекватна степени гипоксии и компенсаторная синусовая тахикардия сменяется синусовой аритмией и брадикардией. Наиболее часто в этих случаях регистрируются миграция наджелудочкового водителя ритма, ускоренные предсердные и наджелудочковые

ритмы, наджелудочковая экстрасистолия. Наджелудочковые эктопические нарушения ритма у лиц с ассоциированной патологией часто характеризуются наличием абберации желудочковых комплексов по типу блокад ножек пучка Гиса, что объясняется предсердно-желудочковой диссинергией или асинергией работы желудочков.

У больных ХОБЛ с сопутствующей ИБС нарушения вариабельности ритма сердца (ВРС) проявляются выраженной симпатикотонией и ослаблением парасимпатических влияний на сердечный ритм.

#### **Заключение**

Таким образом, при сочетании ишемической болезни сердца с хронической обструктивной болезнью легких присутствует синдром взаимного отягощения, что приводит к значительному снижению сократительной функции сердца, формирования гипертрофии и дилатации правого желудочка, к увеличению выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОНЬЮНКТИВИТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ**

**Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Алейник В.А.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

#### **Актуальность.**

Конъюнктивиты являются одной из самых распространенных патологий и занимают более 30% всех случаев глазных болезней.

Основная причина возникновения конъюнктивита у детей и подростков заключается в попадании в детский организм патогенной микрофлоры. У детей и подростков при туберкулезе очень часто наблюдаются хронические конъюнктивиты, которые очень трудно поддаются лечению.

Для эффективного лечения хронических конъюнктивитов у подростков больных туберкулезом необходимо применение иммуномодуляторов.

**Цель исследования:** изучить влияние иммуномодуляторов на течение хронических конъюнктивитов по изменению иммунологических показателей крови у подростков больных туберкулезом.

#### **Материал и методы:**

Обследовано 40 подростков с хроническими конъюнктивитами, страдающих туберкулезом, находившихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. В качестве контроля были обследованы подростки таких же возрастных групп и гендерного соотношения больные туберкулезом, но без каких-либо воспалительных заболеваний глаз.

Для выявления особенностей изменения местных иммунологических показателей в составе крови проводили исследование методом ИФА провоспалительного интерлейкина - фактор некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) и противовоспалительного - интерлейкина 10 (IL-10) и трансформирующего фактора роста- $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1).

#### **Результаты исследования.**

В проведенных исследованиях у подростков больных туберкулезом в возрасте от 10 до 17 лет было установлено, что у мальчиков с хроническим конъюнктивитом средний уровень ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови был выше относительно показателей без

хронического конъюнктивита и величина соотношения показателей равнялась 117%. После лечения иммуномодуляторами показатель недостоверно снизился и составил относительно контроля 115%. У девочек этого же возраста с хроническим конъюнктивитом средний уровень ФНО- $\alpha$  также был незначительно выше показателя без хронического конъюнктивита и уровни обоих показателей были выше, относительно мальчиков. Показатель группы девочек с хроническим конъюнктивитом составил 114% по отношению к показателю без хронического конъюнктивита. После лечения иммуномодуляторами, также как и у мальчиков, отмечалось недостоверное снижение показателя. Уровень относительно контроля составил 111%. Представленные данные демонстрируют отсутствие значимых различий в соотношении показателей основной и контрольной групп у мальчиков и девочек. Средний размер ФНО- $\alpha$  в группе обоих полов с хроническим конъюнктивитом был незначительно выше среднего значения результата без хронического конъюнктивита, и соотношение их составляло 125%. После лечения отмечается некоторое снижение уровня показателя, его отношение к уровню контроля составило 112%.

При исследовании IL-10 у подростков больных туберкулезом в возрасте 10-17 лет было выявлено, что у мальчиков с хроническим конъюнктивитом отмечался уровень среднего показателя ниже в сравнении с показателем группы контроля, отношение показателя к контролю составляло 79%. После лечения отмечалось несущественное повышение показателя, отношение к уровню контроля составило 82%. Среднее значение IL-10 у девочек этой же группы с хроническим конъюнктивитом также было ниже относительно показателя без хронического конъюнктивита. Также их уровень был ниже, по сравнению с показателями мальчиков. Соотношение показателя девочек с хроническим конъюнктивитом к значению группы без хронического конъюнктивита равнялось 83%. После лечения показатель незначительно повысился, его отношение к контролю составило 86%. Анализ средних показателей IL-10 в объединенной группе с хроническим конъюнктивитом также показал уровень ниже, чем в группе контроля, показатель составил 81% по отношению к показателю без хронического конъюнктивита. После лечения показатель повысился и составил относительно группы контроля 85%.

По результатам исследования TGF- $\beta$ 1 у мальчиков 10-17 лет больных туберкулезом с хроническим конъюнктивитом средний уровень этого показателя находился незначительно ниже показателя мальчиков без хронического конъюнктивита и составлял 86 % относительно его. В этой же группе после лечения иммуномодуляторами средний показатель повысился и составил относительно контроля 88%. В группе девочек с хроническим конъюнктивитом данный показатель также был незначительно меньше, относительно результата без хронического конъюнктивита, и составлял 88 % относительно него. После лечения отмечалось повышение уровня, который относительно контроля составил 91%. При сравнении средних величин до и после лечения в группах мальчиков и девочек различия одинаковые, однако в отношении к контролю у девочек разница показателей была несущественно больше, чем у мальчиков. По результатам исследования обоих полов средняя величина TGF- $\beta$ 1 в группе с хроническим конъюнктивитом была незначительно ниже, по отношению к результатам без хронического конъюнктивита, и их отношение составило 87%. После лечения показатель повысился и относительно контроля составил 89%.

#### **Заключение.**

Исследования показали, что по всем изучаемым показателям уровни после лечения иммуномодуляторами изменялись в сторону улучшения и приближались к

показателям контрольной группы. Эти изменения позволяют заключить, что применение иммуномодуляторов с учетом индивидуальной чувствительности, способствует улучшению интерлейкинового статуса и показателей ингибиторов протеаз в крови подростков больных туберкулезом с хроническими конъюнктивитами.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БЛЕФАРИТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ**

**Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Алейник В.А.  
Андижанский государственный медицинский институт**

### **Актуальность.**

Блефарит — воспалительное заболевание века. Воспаление затрагивает в основном его ресничный край, но симптомы могут распространяться на весь глаз. Часто основным этиологическим фактором хронических блефаритов у подростков являются инфекционные заболевания. У подростков больных туберкулезом также часто диагностируются блефариты, которые имеют хроническое течение и отличаются длительным течением. Для эффективного лечения хронических блефаритов у подростков больных туберкулезом необходимо применение иммуномодуляторов.

**Цель исследования:** изучить влияние иммуномодуляторов на течение хронических блефаритов по изменению иммунологических показателей крови у подростков больных туберкулезом.

### **Материал и методы:**

Обследовано 40 подростков с хроническим блефаритом, страдающих туберкулезом, находившихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. В качестве контроля были обследованы подростки таких же возрастных групп и гендерного соотношения больные туберкулезом, но без каких-либо воспалительных заболеваний глаз.

Для выявления особенностей изменения местных иммунологических показателей в составе крови проводили исследование методом ИФА провоспалительного интерлейкина - фактор некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) и противовоспалительного - интерлейкина 10 (IL-10) и трансформирующего фактора роста- $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1).

### **Результаты исследования.**

В проведенных исследованиях у детей больных туберкулезом в возрасте от 10 до 17 лет у мальчиков с хроническими блефаритами выявлено, что средний показатель ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови был недостоверно выше результата без хронических блефаритов. Величина показателя относительно значения без хронических блефаритов достигала 123%. После лечения иммуномодуляторами уровень показателя снизился, но остался выше значения группы без хронических блефаритов, составляя относительно него 120%. У девочек же данной группы с хроническими блефаритами средняя величина ФНО- $\alpha$  превышала показатель группы без хронических блефаритов более значимо, чем у мальчиков. Соотношение сравниваемых групп составило 128%. После лечения показатель несущественно снизился, его отношение к уровню контрольной

группы составил 123%. Эти изменения показывают, что у мальчиков данного возраста отмечается менее выраженная тенденция повышения показателей ФНО- $\alpha$ , чем у девочек. При учете средних значений ФНО- $\alpha$  с хроническими блефаритами в обобщенной группе наблюдалось несущественное превышение среднего уровня данного результата относительно значений с отсутствием хронических блефаритов, их соотношение составляло 126%. Показатель после лечения стал достоверно ниже и составил относительно контроля 121%.

При исследовании IL-10 у детей больных туберкулезом в возрасте 10-17 лет было отмечено, что у мальчиков с хроническим блефаритом имело место снижение среднего значения относительно результатов без хронического блефарита. Уровень группы с хроническим блефаритом составил 78% относительно уровня без хронического блефарита. После лечения показатель увеличился, составив относительно контроля 82%. У девочек среднее значение IL-10 с хроническим блефаритом имело тенденцию снижения относительно результата без хронического блефарита и было меньше, чем у мальчиков. Показатель составлял относительно результата без блефарита 81%. После лечения показатель незначительно повысился, но остался ниже уровня контроля – 86%. При учете средних значений IL-10 совместно у мальчиков и девочек с хроническим блефаритом была выявлена низкая средняя величина данного показателя в сравнении с размером группы без хронического блефарита, отношение составило 79% по отношению к показателю без хронического блефарита. После лечения показатель несущественно повысился, оставшись ниже уровня контроля, составив 85%.

По данным изучения TGF- $\beta$ 1 у больных туберкулезом с хроническим блефаритом у мальчиков 10-17 лет средняя величина данного показателя была несущественно меньше подобных результатов без хронического блефарита. Уровень данного показателя по отношению к величине без хронического блефарита составлял 76%. После лечения показатель достоверно повысился, составив относительно группы без хронического блефарита 81%. У девочек этой же возрастной группы с хроническим блефаритом данный показатель также был несущественно меньше, в сравнении с результатами группы без хронического блефарита, их соотношение составило 78%. После лечения показатель повысился незначительно и относительно контроля составил 84%. В данной группе девочек разница в показателях была аналогична разнице у мальчиков. Из результатов исследования совместно мальчиков и девочек установлено, что среднее значение TGF- $\beta$ 1 в группе с хроническим блефаритом было несущественно меньше, чем в группе без хронического блефарита, и их соотношение равнялось 77%. Показатель после лечения достоверно повысился и составил относительно группы без хронического блефарита 82%.

### **Заключение.**

Исследования показали, что у подростков в возрасте 10-17 лет больных туберкулезом с наличием хронического блефарита, отмечаются изменения системных интерлейкинов в сравнении с контролем – подростками больными туберкулезом, но без каких-либо заболеваний глаз. Лечение иммуномодуляторами с учетом индивидуальной чувствительности к ним дает определенные положительные сдвиги в

показателях изученных параметров. Большинство из показателей после лечения по уровню приближаются к значениям контрольной группы, т.е. детям без хронического блефарита.

### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА.**

**Маткаримов У.М., Бозоров Ш.Т., Дадажонов Ф.А. Исоков Х.А.  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность : Среди больных с мочекаменной болезнью камни мочеточника встречаются в 8-15% случаев, наибольшие страдания пациентам причиняет почечная колика.

Методы и материалы исследование :В урологической отделении Ферганский филиал РНЦЭМП за период 2021 г по 2023 г с уретеролитиазом обратилось 582 больных, которое составили из общих пролеченных больных 38,4%.

Всем пациентам производился общий анализ мочи с определением рН мочи, бак. посев мочи, общий и биохимический анализ крови, УЗИ мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урография. Больным с рентген негативными камнями определялся уровень мочевой кислоты в крови с определением рН мочи.

В зависимости от локализации и размера камня, длительности нахождения конкремента, наличия инфекции мочевого тракта и степени обструкции, сопутствующей патологии произведены следующие лечебные мероприятия. 92 больным произведены экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия . 91 больным выполнены эндоскопические вмешательства (уретеролитоэкстракция ). У 62 пациентов в связи с обструкцией и ИМТ – перкутанная нефростомия. Открытое хирургическое вмешательство выполнено 141 пациентам ( верхний, средний, нижний уретеролитотомия) . У 26 пациентам удалена камень трансвезикальным методом. Остальные пациентам с размером камня менее 7 мм назначена консервативная терапия для самостоятельного отхождения конкремента.

Вывод: Оценка результатов лечения, послеоперационных осложнений и рецидивов убеждает в необходимости ранней диагностики камней мочеточника и преимуществе консервативных, эндоскопических, дистанционных, малоинвазивных методов лечения.

### **НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.**

**Махманазаров О.М., Ураков Ш.Т.  
Бухарский государственный медицинский институт им Абу Али Ибн Сино**

Актуальность. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ( $48,9 \pm 12,9$  года vs  $46,7 \pm 7,7$  года;  $p = 0,541$ ), индексу массы тела — ИМТ ( $25,0 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> vs  $26,2 \pm 4,5$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,278$ ) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9;  $p = 0,789$ ). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ( $49,1 \pm 12,9$  года vs  $48,7 \pm 13,3$  года;  $p = 0,904$ ), ИМТ ( $25,2 \pm 4,2$  кг/м<sup>2</sup> vs  $24,7 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,636$ ), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13;  $p = 0,785$ ) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh:  $8,31 \pm 2,40$  vs  $7,83 \pm 2,14$ ;  $p = 0,465$ ). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ( $82,7 \pm 9,0$  мм рт. ст. vs  $92,0 \pm 14,0$  мм рт. ст.) и ОПСС ( $16,4 \pm 4,4$  мм рт. ст. × мин/л vs  $21,3 \pm 5,3$  мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ( $5,38 \pm 1,41$  л/мин vs  $4,52 \pm 1,03$  л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ( $1,2 \div 10,5 \div 16,5$  мг/л vs  $0,6 \div 2,8 \div 9,1$  мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ( $r = -0,367$ ;  $p = 0,009$ ) и СВ ( $r = 0,313$ ;  $p = 0,027$ ), но не со средним АД ( $r = -0,227$ ;  $p = 0,113$ ).

Выводы.

СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения.

Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП

Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее

выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП

## ДИНАМИКА ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ Острой Хирургической Патологии

Махмудов Н.И., Курамов Ш.Ю., Туланов Ш.А..  
Ферганский филиал РНЦЭМ

**Актуальность:** Ультразвуковая диагностика в последние годы прочно утвердилась как незаменимый и ведущий метод исследования брюшной полости в практике экстренной абдоминальной хирургии. Значение ультразвукового исследования трудно переоценить. Этот метод дает исключительно объективную и исчерпывающую информацию о состоянии паренхиматозных органов и брюшной полости в целом. Практический хирург в настоящее время и в диагностике и в послеоперационном ведении больного опирается в большинстве случаев на эхографические данные. Особенно возрастает значение этого метода диагностики при атипичном течении заболевания, когда данные первоначального УЗИ и изменения эхокартины в динамике помогают хирургу прийти к правильному диагнозу.

**Методы и материалы исследования:** Нами проанализированы истории болезней 378 больных, находившихся на лечении в Ферганском филиале РНЦЭМ за период 2020 – 2023 г.г. Все больные поступили с диагнозом: «Острый живот». У всех больных при поступлении эхографически определялась свободная жидкость в брюшной полости от едва заметного количества до значительного объема.

Из них 175 больных с диагнозом «Острый аппендицит, осложненный перитонитом» прооперированы в течение первых часов от поступления (что составило 49% от общего числа).

У 83 больных свободная жидкость в брюшной полости была обусловлена перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки ( 22%).

В 55-ти случаях выставлен диагноз «Нарушенная внематочная беременность» , что составило 14,5% .

В 30 -ти случаях свободная жидкость в брюшной полости была связана с апоплексией яичника ( 8%)

У 18-ти больных ( 4,8% ), поступивших с упорной рвотой, в дальнейшем присоединилась диарея, и на фоне консервативного лечения отмечается быстрое исчезновение выпота в брюшной полости ( во всех случаях определялось лишь незначительное количество). В данном случае появление жидкости в брюшной полости, по-видимому, имело реактивный характер на фоне энтерита.

Оставшиеся 17 случаев представляют особый интерес, так как окончательный диагноз был выставлен только после диагностической лапаротомии. 2-ое больных прооперированы в течение первых суток и во время операции обнаружено аррозивное кровотечение, причиной которого оказались опухоли забрюшинного пространства. Остальные больные наблюдались в отделении абдоминальной хирургии от 3-х до 5-ти суток, за весь период наблюдения ежедневно проводилось контрольное ультразвуковое исследование. Во всех случаях в брюшной полости определялось значительное количество жидкости. Так как перитонеальные симптомы на фоне лечения не стихали и объем жидкости в брюшной полости не уменьшался, все больные прооперированы. Послеоперационные диагнозы распределились так: 10 случаев – болезнь Крона; у 3-х

больных обнаружен туберкулез мезентеральных лимфоузлов и, наконец, у 2-х больных выставлен диагноз «Криптогенный перитонит».

Вывод: Таким образом, свободная жидкость в брюшной полости при наличии симптомов острого живота в абсолютном большинстве случаев связана с острой хирургической патологией, требующей оперативного вмешательства.

## **СВОЕВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

**Махмудова Ш. А.  
Бухарский филиал РНЦЭМП, г**

Актуальность темы. Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) – одна из самых актуальных проблем современной гинекологии. Опухоли и опухолевидные образования яичников составляют до 14% опухолей женских половых органов, из них 80% представлены кистозными образованиями доброкачественного характера – кисты яичников. Киста яичника представляет собой полое округлое образование, заполненное жидкостью. Размеры этих образований могут достигать от нескольких сантиметров до 15-20 см в диаметре. Большинство кист яичников не представляют никакой опасности для здоровья женщины, не требуют никакого лечения и самостоятельно проходят в течение нескольких менструальных циклов. В современной гинекологии проблема доброкачественные опухоли яичников является один из основных вопросов в плане острого живота, так как во время беременности при быстром росте и перекруте имеет серьезный риск на жизнь матери.

Целью нашей работы является оценить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей яичников у беременных.

Материалы и методы исследования: 73 беременных женщин с доброкачественными опухолями яичников: I группа – 13 женщины, которым хирургическое лечение выполнено во время беременности от 8 до 28 недель; II группа – 22 женщины, которым удаление опухоли произведено при родоразрешении в ходе операции кесарева сечения; III группа – 38 женщины, которым хирургическое лечение выполнено после самопроизвольных родов от 6 дней до 7 месяцев. Всем пациенткам ультразвуковое исследование проводилось при первом обращении за медицинской помощью, в сроки скрининга, при наличии показаний во время беременности, перед оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде, при наличии признаков угрозы прерывания беременности. Ультразвуковое исследование помимо эхографии включало также цветное доплеровское картирование и доплерометрию. Все удаленные доброкачественные опухоли яичников были верифицированы при гистологическом исследовании. На основании сопоставления данных определялась диагностическая ценность комплексного ультразвукового исследования (чувствительность и специфичность) в диагностике опухолей у беременных.

Результаты исследования: Чувствительность и специфичность ультразвуковых методов исследования в диагностике доброкачественных эпителиальных опухолей, включая серозные, серозные папиллярные, муцинозные цистаденомы, составила 71,4 и 94,9%, зрелых кистозных тератом – 91,7 и 98,7%, эндометриоидных кист – 83,9 и 97,4% соответственно. Точность диагностики пограничных и злокачественных опухолей яичника была наибольшей и составила 90,9 и 99,1%. Наименьшей точностью характеризовалась диагностика опухолевидных образований (параовариальных,

фолликулярных кист, кист желтого тела, простых кист, лишенных выстилающего эпителия, инклюзионных, тека-лютеиновых кист): чувствительность – 76,1%, специфичность – 88,1%.

Заключение: Эхографическая структура доброкачественных опухолей яичников у беременных имеет ряд особенностей. В целях принятия решения о необходимости хирургического лечения во время беременности, ультразвуковое исследование у беременных с доброкачественными опухолями яичников должно носить экспертный характер и проводиться наиболее опытными специалистами, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

## **ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ**

**К. Машарипов.**

**Ургенчский филиал Ташкентский медицинский академии.**

Известно, что анестезиологическое обеспечение влияет не только на успех оперативного вмешательства, но и на течение раннего послеоперационного периода. Не являются исключением и артроскопические операции на коленном суставе. Основная задача анестезиолога не только минимизировать риск нарушений жизненно-важных функции и обеспечить защиту от операционного стресса, но и создать благоприятные условия для работы оператора и ведение пациента в раннем послеоперационном периоде.

Травматологи-ортопеды под такими условиями подразумевают адекватное обезболивание пациента и наименьший риск для здоровья больного, а также удобство технического исполнения операции.

Цель исследования. Оценить эффективность применения общей комбинированной (ОКА) и спинальной анестезии (СА) при проведении артроскопических вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы. Исследованы данные о 84 пациентах, из них 48 при ретроспективном изучении историй болезни. Возраст обеих групп 25+55 лет. В зависимости от вида анестезии, были выделены 2 группы. I группа (n=28) составили больные, которым проводилась ОКА с ИВЛ, индукция выполнялась пропофолом, фентанилом, рокурония бромидом, поддержание анестезии – севоран, фентанил. II группа (n=56) составили люди, отказавшиеся или имеющие противопоказания к ОКА. Им была выполнена СА с внутривенной седацией комбинацией препаратов (бупивакаин, пропофол). Группы сопоставимы по возрасту и наличию сопутствующих патологий.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивалась скорость пробуждения, гемодинамика, уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), срок активизации, имеющиеся осложнения и некоторые особенности.

Результаты и обсуждение. В I группе пациентов скорость пробуждения варировалась от 5 до 20 минут, активно проявлялись гемодинамические реакции (артериальная гипертензия). Появление болевого синдрома, 5-7 баллов согласно ВАШ, пациенты отмечали уже через 3-5 минут после пробуждения. Активация пациентов (передвижения по палате) наступала, в среднем через 4-6 часов после операции. Во II группе мы наблюдали пробуждение в среднем через 5 минут после прекращения

инфузии пропофола. Гемодинамические показатели оставались в пределах исходных значений. Активные боли 4-6 баллов по ВАШ, отмечались через 1.5-2.5 часа после выполнения СА. Активация пациентов происходила не раньше, чем на следующий день после операции, ввиду профилактики постпункционной головной боли. Однако стоит учесть, что во время реконструктивных операций из-за продолжительного нахождения в вынужденной позе, пациенты периодически осуществляли активные движения, что мешало работе травматолога-ортопеда. А комфортное течение послеоперационного периода нарушает резкое появление выраженного болевого синдрома после окончания действия СА.

При использовании спинальной анестезии обращала на себя особое внимание повышенная кровоточивость во время длительных реконструктивных артроскопических операций на коленном суставе, которые проводились без использования турникета. Это также нашло отражение в более длительном активном дренировании коленного сустава после подобных операций (2 суток), относительно большем отеке, как самого коленного сустава, так и места забора сухожильного и костно-сухожильного аутотрансплантата (в частности при первичной и ревизионной артроскопической реконструктивной пластике крестообразных связок), требовало коррекции необходимой антикоагулянтной терапии.

У ряда пациентов данной группы длительное время после операции сохранялся гемартроз коленного сустава и лихорадка, что в свою очередь требовало проведения пункции коленного сустава, коррекции стандартной антибактериальной терапии и повышало риск гнойно-септических осложнений.

**Выводы.**

1. При планировании тактики анестезиологического обеспечения артроскопических операции на коленном суставе важно учитывать не только состояние здоровья пациента, но и удобство хирурга, специфическое положение больного на операционном столе, объем, длительность и особенность оперативного вмешательства.

2. С точки зрения лекарственного воздействия спинальная анестезия наиболее благоприятна и может использоваться у пациентов с сопутствующей кардиологической патологией. Однако наиболее предпочтительной для врача травматолога-ортопеда является ОКА в связи с возможностью максимальной релаксации больного, относительно лучшего течения гемостаза и состояний связанных с ним.

3. С учетом фармакодинамики и фармакокинетики препаратов для местной анестезии (резкое окончание их действия) в раннем послеоперационном периоде требуется четкая схема обезболивания пациента и согласованность терапии с лечащим врачом.

## **ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ.**

**К. Машарипов.**

**Ургенчский филиал Ташкетский медицинский академии.**

Современное состояние проблемы синдрома жировой эмболии (СЖЭ) при поли-травме характеризуется нерешенностью вопросов и недостаточным отражением в литературе данных о специфике прогнозирования, ранней объективной диагностики,

несовершенством и недостаточной представленностью схем рациональной патогенетической обоснованной профилактики травматической ЖЭ.

В нашей клинике Хорезмский филиала РНЦЭМП отделении сочетанной травмы разработан, апробирован и применяется «Способ профилактики СЖЭ у пострадавших с политравмой при переломах длинных трубчатых костей»

Цель и задачи исследования. Цель способа состоит в повышении эффективности профилактики синдрома жировой эмболии при политравме с переломами длинных трубчатых костей. Поставленная цель достигается путем проведения пункции гематомы в зоне перелома, иммобилизационного остеосинтеза, медикаментозной коррекции нарушений гомеостаза, способствующих развитию СЖЭ.

Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: производят пункцию гематомы в зоне перелома для снятия напряжения в костно-фасциальном футляре, затем производят иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового остеосинтеза посредством стержневого аппарата или аппарата Илизарова по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как 1-го этапа последовательного остеосинтеза.

Для профилактики риска развития у пациента синдрома жировой эмболии проводят лечение по следующей схеме: вводят внутривенно 200 мг раствора мексидола на 200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3-х дней, а последующие 2 суток – по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Кроме того, пациент получает эссенциале 40 мл в сутки внутривенно, гепарин (при отсутствии противопоказаний) по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости крови в течение 5 суток. Данные препараты в таком сочетании ранее не использовались, именно предлагаемая в качестве изобретения схема профилактики СЖЭ дает положительный результат. Применение раствора мексидола для поставленной в изобретении цели является новым. Способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет окисления образующих жировую глобулу липидных компонентов и образования их водорастворимых форм, что приводит к деструкции самой капли жира.

Повышение давления в зоне перелома и внутри костно-мозгового канала является индуцирующим фактором СЖЭ. Поэтому пункция с аспирацией в зоне перелома способствует снятию напряжения в зоне перелома и соответственно в костно-мозговом канале, тем самым снижается возможность попадания жировых эмболов в сосудистое русло, за счет разности давления.

Применение способа профилактики по указанной выше схеме у 32 пациентов, с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, способствовало профилактике развития ЖЭ, лишь у 3 пациентов отмечали проявление ЖЭ в виде кратковременного появления петехиальных высыпаний. Таким образом, становится очевидным, что особую сложность представляет собой ранняя диагностика ЖЭ, в связи с отсутствием четкой клинической картины и патогномичных симптомов, а лабораторная диагностика малоспецифична. Жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и может возникнуть при любом критическом состоянии.

Выводы. Предложенный способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет снижения внутрикостного давления в зоне перелома, инактивации перекисного окисления липидов, снижения дефицита высоконасыщенных фосфолипидов, которые являются естественными эмульгаторами жиров, и подавления агрегации тромбоцитов.

## ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Мирзаев Ш.Х., Кахрамонов С.К., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С.,  
Рахимов А.М., Гаипов З.А., Хусанов Ш.Ш.

ГУ "Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии".

**Актуальность:** Наиболее частым повреждением тазобедренного сустава по данным многих авторов, является посттравматический коксартроз, на который приходится до 13-15% от всех коксартрозов. Он возникает, преимущественно, у мужчин в молодом и среднем возрасте, что определяет социально-экономическую значимость данной проблемы. Посттравматический коксартроз часто приводит к инвалидности (до 50-65% случаев).

Разработано, описано в литературе и внедрено огромное количество вариантов оперативного лечения переломов при посттравматическом коксартрозе, однако вопрос по-прежнему остается открытым. Отмечено, что показатель выхода на инвалидность у оперированных больных практически в три раза ниже, чем у пролеченных консервативно.

**Цель исследования:** изучить результаты применения различных способов оперативного лечения больных с посттравматическим коксартрозом.

**Материалы и методы.** За период 2020-2024 г.г. в отделении последствий травм ГУ "Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии" прооперировано 138 пациентов с посттравматическим коксартрозом. Причиной травм в 74% случаев явились дорожно-транспортные происшествия, в 26% случаев - кататравмы. Возраст прооперированных пациентов варьировал от 30 до 70 лет (в среднем 45-55). Из них пациентов мужского пола - 115 (83%), женского – 23 (17%). Исследуемыми критериями при проведении анализа являлись демографические показатели пациентов (количество, возрастной состав), срок, прошедший от травмы до проведения тотального эндопротезирования, тип дефекта костной ткани вертлужной впадины, характеристики оперативного вмешательства (операционный доступ, тип фиксации имплантатов, наличие остеопластики, длительность операции, кровопотеря), клинические и функциональные результаты лечения. При оценке отдаленных результатов учитывались сроки, количество, характеристики и причины развития осложнений, а также процент и сроки ревизионных вмешательств, выживаемость имплантатов.

**Результаты и обсуждение.** Отдаленные результаты в сроки от 3 месяцев до 4 лет после операции изучены у 105 (76%) пациентов. Для оценки состояния сустава при посттравматическом коксартрозе вертлужной впадины использовали шкалу, разработанную W.H.Harris, отражающую четыре основных аспекта: боль, физическое функционирование, анатомические нарушения и амплитуда движений. Отличные результаты по шкале Харриса получены у 77 (74%) больных, хорошие – у 17 (16%) и удовлетворительные – у 11 (10%). При сравнительном анализе результатов лечения, в зависимости от хирургической тактики, отличные и хорошие результаты получены в течение первых двух недель с момента травмы у больных посттравматическим коксартрозом с применением тотального эндопротезирования.

**Выводы.** Эндопротезирование при посттравматическом коксартрозе с массивным дефектом задневерхнего края вертлужной впадины является продолжительным и сложным оперативным вмешательством, сопровождающимся большой кровопотерей и высоким риском развития осложнений. Использование

костной пластики вертлужной впадины трансплантатом из головки бедренной кости позволяет обеспечить достаточное покрытие, первичную стабильность тазового компонента и благоприятные отдалённые результаты лечения.

## **РОЛЬ ОПРОСНИКА WOMAC ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОАРТРОЗА**

**Мирзаева Дилноза Абдиолимовна**  
**Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Цель: определение индекса оценки тяжести остеоартроза (ОА) с использованием международного опросника WOMAC.

Материалы и методы исследования: Для изучения оценки тяжести ОА было обследовано 30 больных, проходивших лечение в терапевтическом отделении клиники СамМИ. Возраст больных составил от 45 до 65 лет, средний возраст 54 лет. 12(40%) больных от 45 до 50 лет; 18(60%) от 51 до 65. Среди больных преобладали женщины 23(76,6%), мужчин 7(23,4%). Больные с сельского населения 20(66,7%), городского 10(33,3%). Средняя продолжительность заболевания от 3 до 15 лет. Поражения коленного сустава 21(70%), только левого 8(38,1%), правого 7(33,3%), обеих коленных суставов 6 (28,6%); поражения тазо-бедренного сустава 9(30%); реактивный синовит у 16(53,3%). Рентгенологически I стадия была выявлена у 5 (16,7%) больных, II стадия у 9(30%), III стадия у 10(33,3%), IV стадия у 6(20%) больных. У 18(60%) больных наблюдалось ожирение, 12(40%) больные без ожирения.

Результаты: Тяжесть ОА оценивали по 4 бальной системе и по 3 субшкалам. I болевой синдром: у 8(26,7%) больных слабая, у 12(40%) умеренная, у 10(33,3%) сильная; нестерпимой боли у наблюдающих не отмечалось. Выраженность ригидности суставов определили по 2 субшкале, основываясь на длительность утренней скованности. У 11(36,7%) больных слабая, у 13(43,3%) умеренная, у 6 (20%) сильная. Физическая активность и ограничение движения коленного сустава, так как при остеоартрозе наиболее часто отмечали поражения коленного сустава у наших больных мы определили по 3 субшкале (17 вопросов) : у 5(16,7%) больных слабая, у 11(36,7%) умеренная, у 14(46,6%) сильная.

Вывод: Таким образом помогает определить тяжесть течения ОА у больных с ожирением индекс WOMAC облегчает постановку диагноза и своевременно провести профилактические лечебные процедуры.

## **ПУТИ МОДЕРНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА СЕЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Халмирзаева С.С., Салиева М.Х.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. В условиях социально-экономических преобразований, в период интенсивного развития здравоохранения деятельность среднего медицинского персонала ПМСП должна соответствовать меняющимся требованиям, предъявляемым населением к качеству оказания медицинской помощи, организации работы персонала. В значительной мере качество стационарной медицинской помощи зависит от сестринских кадров, их профессиональной подготовленности, мотивации

деятельности, удовлетворенности своим трудом, правильной расстановки и рационального использования.

Изучить пути улучшения деятельности среднего медперсонала сельских медицинских учреждений согласно социологического опроса.

Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование среднего медицинского персонала сельских учреждений области. Проанализированы данные опроса 60 средних медицинских работников женского пола.

Результаты и их обсуждение. Значительное влияние на качество трудовой жизни оказывает удаленность учреждений здравоохранения от места проживания сотрудников. Так, по результатам анкетирования на дорогу к рабочему месту уходит у 50% средних медицинских работников до 30 минут, у 26,7% - от 30 до 60 минут и свыше 60 минут - у 23,3%.

В результате исследования также было выявлено, что 46,7% респондентов первоочередным для повышения эффективности и улучшения качества работы сестринского персонала считают повышение оплаты труда и улучшение материального положения, 33,3% - улучшение условий труда, технического оснащения рабочих мест, улучшение обеспечения инструментами и лекарствами, 20% - необходима квалификация.

Медицинскими сестрами были указаны ряд производственных факторов, неблагоприятно воздействующих на их здоровье: психо-эмоциональные перегрузки испытывают 74,5%, воздействие химических препаратов 51,0%, физические перегрузки 47,1%.

Нами изучено отношение среднего медперсонала ПМСП к повышению квалификации: больше половины (55%) считает, что надо постоянно повышать квалификацию, 16,7% - время от времени надо повышать квалификацию и 28,3% - не обязательно повышать квалификацию. На основании полученных данных можно предположить, что медицинские сестры при выполнении своих профессиональных обязанностей самостоятельны в определенных границах, ответственны, высоко оценивают свою роль в общем труде.

Составленный нами рейтинг факторов, снижающих привлекательность труда медицинских сестер, выглядит следующим образом: первое место - несоответствие заработной платы тяжести и интенсивности труда (70,4%); второе - низкая материально-техническая база, недостаточная обеспеченность инструментарием, лекарствами, предметами медицинского назначения, большая доля ручного труда (18,8%); третье - чрезмерная физическая нагрузка (7,8%); четвертое - равнодушное отношение общества к проблемам медицинских работников и низкий престиж профессии медсестры в обществе (3,0%).

Выводы. Изучение мнения медсестер первичного звена сельского здравоохранения позволяет определить приоритетные направления улучшения их работы и оперативно принимать меры по устранению недостатков.

## **ЗНАЧЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ**

**Мирзаева М.М., Мухторов М., Салиева М.Х., Усманова Г.К.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Современное школьное образование и досуг детей невозможно представить без использования современных средств информационно-коммуникационных технологий, в первую очередь, компьютеров. В настоящее время в

образовательные учреждения для детей и подростков пришли принципиально новые технические средства - компьютеры с жидкокристаллическими (ЖКТ) мониторами, ноутбуки, интерактивные доски, средства для чтения электронных учебников и др.

Материал и методы исследования. Достоинства компьютерного обучения несомненны, а необходимость овладения компьютерной грамотой очевидна. В настоящее время идёт компьютеризация практически всех сторон жизни, переводе на новую ступень технической вооружённости и осуществление этого возможно только при соответствующей подготовке кадров. Приобщение современных детей, подростков и молодёжи к информационным технологиям набирает обороты с каждым годом.

Результаты и их обсуждение. Новые технологии, используемые в последние годы в системе образования, обеспечивают стремительный рост информационно-ресурсной базы, свободный доступ к разнообразным информационным ресурсам, дистанционность, мобильность, интерактивность, возможность формирования социальных образовательных сетей и образовательных сообществ, моделирования и анимирования различных процессов и явлений. Доступность приобретения, увеличение числа домашних пользователей компьютеров способствует расширению дистанционных форм получения образования, в том числе и для учащихся общеобразовательных школ и ВУЗов. Такая форма обучения становится рутинной практикой. С расширением доступности Интернета, различных его и не только игровых ресурсов, встает еще одна важная проблема - информационно-психологическая безопасность, т.е. безопасность психики человека в окружающей информационной среде.

Основа модернизации всего обучения - процесс этот продолжительный, постепенный, требующий не только психолого-педагогического, но и гигиенического обеспечения. От него, в конечном счете, во многом зависит решение проблемы организации безопасного для здоровья детей и подростков общения с компьютерной техникой. Дети зачастую быстрее и успешнее взрослых осваивают сложную компьютерную технику. Как свидетельствуют данные социологических исследований, возрастная граница первого опыта работы с компьютером существенно снизилась. Значительная часть школьников, даже начальных классов регулярно выходит в Интернет, и для многих подростков общение с компьютером становится одной из самых привлекательных сфер в качестве их будущей профессиональной деятельности. Компьютерные средства обучения, обладая явным преимуществом перед другими традиционными средствами обучения, являются и серьезным инструментом воспитания, влияющим на развитие творческого потенциала. Для детей с аномалиями развития, детей - инвалидов персональный компьютер - одна из уникальных возможностей получения образования, не только общего, но и профессионального.

Выводы. Наряду с расширением дидактических возможностей преподавания, увеличением объема получаемой информации, индивидуализацией обучения внедрение компьютерной техники в учебный процесс общеобразовательной школы, ВУЗов имеет и ряд негативных моментов. К ним в первую очередь относятся: интенсификация и формализация интеллектуальной деятельности учащихся, обуславливающие увеличение нервной и зрительной нагрузки, психологический и зрительный дискомфорт, малоподвижность и др.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОЙ МОШОНКИ**

**Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К., Юлчиев К.С.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Оптимизация неинвазивных методов диагностики при остром воспалении мошонки у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения детей возрастом от 1 до 18 лет с синдромом острой мошонки. Из них у 124 (61,4%) больные с перекрутом (придатка) гидатиды яичка, 57 (28,2%) – с перекрутом яичка, у 21 (10,0%) – с воспалениями яичка и его элементов. Используются результаты УЗИ пациентов с синдромом острой мошонки.

Результат исследования. У 41% пациенток с неосложненным перекрутом гидатиды выявлены минимальные изменения в органах мошонки в заключении УЗИ, у 56,1% пациенток с перекрутом яичка наблюдалось нарушение прилежащей кожи влагалища яичка, в структурах семенного канатика его части мошонки.

Заключение. При перекруте яичка критерием УЗИ является увеличение кровотока во внутренних органах в 2-4 раза, увеличение размеров яичка, неоднородность состава, а при перекруте гидатид кровотоки увеличиваются до 10% от нормы. значительное (>20%) увеличение яичка. Среднее увеличение яичка при умеренном увеличении кровотока (до 10%) расценивают как острый эпидидимит, а увеличение размеров яичка при увеличении кровенаполнения течение до 10% нормы считается УЗИ-критерием острого орхита.

## **НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Мирзаназаров М.М., Шамсиев Ф.М.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр Педиатрии МЗ РУз**

Цель. Определить некоторые прогностические критерии детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 15 детей с бронхиальной астмой (БА) и 15 больных обструктивным бронхитом рекуррентного течения (ОБРТ), в возрасте от 7 до 14 лет. Контрольную группу составили 15 детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) аналогичного возраста. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

Результаты исследования. При анализе биохимических данных в группе детей с БА и ОБРТ определялось усиление перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты, отмечалось достоверное падение уровня супероксиддисмутазы и каталазы в лимфоцитах по сравнению с показателями больных ОБ. Результаты исследований иммунного статуса детей с БА и ОБРТ выявили снижение содержания CD3+, CD4+, CD8+- лимфоцитов и фагоцитарная активность нейтрофилов по сравнению с показателями больных ОБ. Количество CD16+ и CD20+ - лимфоцитов было достоверно повышенным по сравнению с показателями больных ОБ. При оценке вегетативного статуса результаты показали возрастание частоты

гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 93,3% детей с ОБРТ и - у 86,7% больных БА, что характеризовало максимальное напряжение адаптивных процессов. При оценке психологического состояния детей с ОБРТ и БА при гиперсимпатикотонических вариантах исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 66,7% отмечается раздражительность. При анализе системы гемостаза у детей с БА и ОБРТ выявлены повышение гемокоагуляционной активности, то есть усиление времени рекальцификации, фибриногена, толерантности плазмы к гепарину, уменьшение свободного гепарина в сыворотке.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у детей, больных бронхиальной астмой отмечается усиление перекисного окисления липидов, снижение некоторых показателей иммунного статуса, увеличение гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности. Подобные изменения являются прогностическими в развитии бронхиальной астмы у детей, которые необходимо учитывать в лечении и дальнейшей тактике ведения.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.**

**Мурадов Ш.Ш. 1, Жаббаров Ж.Ю.1 , Ахмедов Ш.Ш. 2**

**1.Бухарский филиал РНЦЭМП.**

**2. Бухарский государственный медицинский институт**

Актуальность: В Бухарской области ежегодно регистрируется от 300 до 350 случаев переломов проксимального отдела бедра. Из них 42 % составляют медиальные и 58 % латеральные переломы. Оперативная активность в отношении некоторых пациентов с повреждениями проксимального отдела бедра не превышает 40 %, что по нашему мнению является недостаточным. Распространённым методом оперативного лечения указанной группы пациентов до настоящего времени остаётся – трёхлопастной гвоздь Смит-Петерсона. Однако последние годы всё большее количество травматологов стали применять современные методы лечения – DHS, PFN, эндопротезирование.

Цель: Улучшить результаты лечения больных при переломах проксимального отдела бедренной кости

Материалы и методы: В отделение экстренной травматологии РНЦЭМП Бухарского филиала в период с 2021 по 2024 годы, на стационарном лечении находилось 261 пациент с переломами проксимального отдела бедра, в возрасте от 54 до 72 лет. С медиальными переломами было 109 человек, с латеральными 152. Женщин было большинство, их количество составило 163 человек. Пациенты с медиальными переломами проксимального отдела бедра были оперированы в 98 случаях. При латеральных повреждениях были оперированы 136 человека. Способы оперативного лечения при медиальных переломах применены следующие: остеосинтез спонгиозными винтами – 10; DHS – 17; эндопротезирование – 71). При латеральных переломах: остеосинтез пластиной – 13; спонгиозными винтами – 8; DHS – 28; PFN – 87. Пациенты, в лечении которых были применены современные хирургические методы лечения (DHS, PFN, эндопротезирование) были активизированы в сроках от 3 дней (при эндопротезировании) до 2 недель (при использовании DHS). Сроки госпитализации пациентов уменьшились втрое. Отдалённые результаты изучены у 101



больных второй группы, используемая методика позволила предотвратить образование рубцовых сращений сухожилий с окружающими тканями и избежать проведения повторных оперативных вмешательств.

Выводы: Оптимальное сочетание методов традиционной пластической хирургии и способов восстановления тканей с применением микрохирургической техники, позволяет добиться более эффективных результатов при лечении тяжелых последствий повреждений кисти и предплечья, чем применение только традиционных методов.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ**

**Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М.,  
Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии МЗ РУз**

Цель исследования: изучить характер и спектр сенсibilизации при различных фенотипах бронхообструктивного у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим бронхообструктивным синдромом (БОС), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических, лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки. Для определения сенсibilизации всем детям проводилось исследование общего иммуноглобулина Е. Был использован метод твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов «Вектор-Бест» (Россия). Для изучения спектра сенсibilизации был применен метод твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов IgE-АТ-ИФА. Применялись 3 стандартные панели: пыльцевая, пищевая и пыльцевая.

Результаты исследования. Было обследовано 40 детей, у **65,0% (26) детей** единственным триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания дыхательных путей. Они составили группу пациентов с эпизодическим фенотипом БОС. У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали также при воздействии аллергенов, табачного дыма, смеха, плача, холодного воздуха (мультифакторный фенотип БОС). В группе у детей с эпизодическим БОС наследственный аллергологический анамнез был отягощен у 11,5% (3) детей, однако у детей с мультифакторным БОС наследственная отягощённость наблюдалась статистически значительно чаще - у 57,1% (8) от общего числа пациентов в этой группе (14). Исследование уровня сенсibilизации показал, что повышенный уровень общего IgE был выявлен у 35,0% детей (40). В группе пациентов с мультифакторным БОС уровень общего IgE выше возрастной нормы был выявлен у 78,5% (11) исследуемых, а у 21,4% (3) находился у верхней границы. У детей с эпизодическими БОС повышенный уровень общего IgE наблюдался только в 19,2% (5) случаев. Отличия имелись и в характере сенсibilизации. Так, среди всех сенсibilизированных пациентов с мультифакторным БОС (14) сенсibilизация к бытовым аллергенам была определена в 85,7% (12), случаев сенсibilизации), к пищевым - в 50 % (n=7, случаев сенсibilизации), к пыльцевым - в 35,7% (n=5, случаев сенсibilизации). Сенсibilизация к аэроаллергенам в этой группе была выявлена в 92,8% (n=13, случаев сенсibilизации). Наиболее частыми причинно-значимыми из бытовых аллергенов являлись: клещ домашней пыли - в 64,28% (n=9, случаев сенсibilизации), шерсть

домашних животных - в 42,8% (n=6, случаев сенсibilизации). Из пищевых продуктов чаще наблюдалась сенсibilизация к яйцу - в 35,7% (n=5, случаев сенсibilизации), коровьему молоку - в 26,6% (n=4, случаев сенсibilизации), пшеничной муке - в 14,2% (n=2, случаев сенсibilизации). В группе пациентов с эпизодическим БОС сенсibilизация к бытовым аллергенам встречалась в 19,2% случаев (n=5, случаев сенсibilизации), то есть значительно реже, чем в группе с мультифакторным БОС. Сенсibilизация к пищевым и пылевым аллергенам наблюдалась у 53,8 % (n=14, случаев сенсibilизации) и 30,76 % (n=7, случаев сенсibilизации) детей соответственно.

Выводы. Таким образом, сенсibilизация является еще одним фактором, повышающим вероятность возникновения БА. В ходе нашего исследования было установлено, что при мультифакторном типе БОС сенсibilизация наблюдалась в 3,95 раза чаще, чем при эпизодическом типе БОС (повышенный уровень IgE был выявлен 78,5% детей из первой группы и у 19,5% - из второй). При фенотипе мультифакторного БОС спектр сенсibilизации у каждого отдельного ребенка шире, чем при фенотипе эпизодическом БОС, за счет сенсibilизации к бытовым аллергенам.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Муроталиев Ш.К, Усманова Э.М.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Инфекции верхних отделов дыхательных путей являются широко распространенной группой заболеваний, встречающихся как у детей, так и у взрослых.

Дыхательная система является первым барьером на пути проникновения любых микроорганизмов, в том числе патогенных и условно-патогенных. У людей, проживающих в разных регионах, имеется разный качественный и количественный состав микрофлоры, который подвергается воздействию климата, характера питания, социальных условий, образа жизни и может служить фактором риска возникновения заболеваний респираторного тракта. Среди детей, отмечается повышенная чувствительность к заболеваниям дыхательного тракта, включая различные формы пневмонии. Зачастую такие диагнозы становятся угрозой для жизни.

Цель исследования: оценка качественного и количественного состава микрофлоры верхних дыхательных путей сравнение полученных результатов среди детей и взрослых.

Материалы и методы. В исследование включены 105 взрослых из них - 53 (мужчин-16, женщин-37) и 52 детей (мальчиков - 30, девочек - 22). Было проведено анкетирование, которое включало вопросы о наличии заболеваний дыхательной системы, водном и пищевом режимах, физических нагрузках, наличии вредных привычек у взрослых, использовании лекарственных средств и др. Материалом служило содержимое верхних дыхательных путей, взятое с помощью стерильных ватных тампонов натошак. Были использованы классические бактериологические методы для исследования спектра и количества микроорганизмов.

Результаты исследования. Частота встречаемости заболеваний дыхательной системы определены у детей до 7 лет - 72%, детей до 14 - 40%, у пожилых-30 %, среднего возраста-14 %. Наличие крови в мокроте при кашле было выявлено только у взрослых: пожилых - 12%, среднего возраста - 4%.

Язвы в полости рта появлялись только у детей до 7 лет - 16 %, до 14 лет - 33%. Водные потребности были практически одинаковые у всех.

При выяснении анамнеза мультивитаминные комплексы принимают около 30% всех больных, составляя у детей 15% и у взрослых 29%. Физическая активность у детей 100%, а у взрослых: среднего возраста-96%, пожилые - 81%. Отягощенность семейного анамнеза: частота встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы среди родственников детей - 65%, взрослых - 29%; дыхательной системы составила - 9% и 13%, соответственно; эндокринной системы - 56 % и 13 %, соответственно.

Микрофлора верхних дыхательных путей детей и взрослых была представлена следующими аэробами: *Staphylococcus spp.* (включая *Staphylococcus aureus*), *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Actinomyces spp.*, *Neisseria spp.*, *Micrococcus spp.* и *Enterobacteriaceae*. Частота встречаемости стрептококков у детей уменьшилась после лечения: у взрослых на 26, детей - на 7 %. Выявлена тенденция к увеличению количества аэробных бактерий (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*) у взрослых (с 1,9 до 2,9 logКОЕ/мл), а у детей их уменьшению (с 2,9 до 0,8 logКОЕ/мл). Выводы. Среди детей была выявлена большая распространенность заболеваний респираторного тракта (до 7 лет-72 %, до 14 лет-40 %) по сравнению с взрослыми (среднего возраста - 30 %, пожилого возраста -14 %). Была выявлена четкая тенденция к увеличению количества анаэробной микрофлоры как среди детей, так и среди взрослых.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА**

**1Мусашайхова Ш.М., 2Бобоев К.Т., 1Мусашайхов Х.Т., 1Хамидов Д.А.**

**1Андижанский государственный медицинский институт.**

**2Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии.**

Цель исследования. Изучить частоты встречаемости и значимости генетического маркера PML-RARA в патогенезе ОМЛ в зависимости от возраста.

Материал и методы. В ходе исследования в качестве материала для молекулярно-генетического исследования было использована периферическая кровь 145 больных с ОМЛ, находившихся в лечении РСНПМЦ гематологии РУз. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз. Тестирование гена PML-RARA осуществляли на приборе Rotor-Gene Q (Quagen, Германия), с использованием коммерческого тест-набора ООО «Синтол» (Россия). Амплификацию участков ДНК проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с использованием зондов TaqMan. Статистическую обработку результатов выполняли с помощью стандартного пакета прикладных программ OpenEpi V.9.2.

Результаты и обсуждение.

Мутации в гене PML-RARA t (15, 17) (bcr1&bcr2) были обнаружены у 23 из 145 (15.9%) больных ОМЛ. По нашим данным статистических обработок, мутация гена PML-RARA t (15, 17) (bcr1&bcr2) выявлен 28.6% больных старше 60 лет и 12.8% у молодых пациентов, при этом различия между сравниваемых групп был достоверным (p <0.05) .

Из этого следует, что различия в частоте клональности соматической мутации гена PML-RARA t (15, 17) (bcr1&bcr2) у больных пожилого возраста на 2.7 раза

достоверно выше по сравнению с больными молодого возраста (28.6% против 12.8% соответственно при  $\chi^2= 4.2$ ;  $p = 0.05$ ;  $OR= 2.7$ ;  $95\%CI:1.04-7.08$ ).

В месте с этим данная мутация не было обнаружено у 71.4% больных пожилого и 87.2% пациентов молодого возраста.

В ходе исследования была продемонстрирована высокая частота встречаемости соматической мутаций PML-RARAt(15, 17) (bcr3) у пациентов старше 60 лет т.е. 35.7% случаях по сравнению молодыми больными, что встречаемость данной мутации было зарегистрирована у 25.6% соответственно.

Но не смотря на незначимую различию было обнаружено тенденции к значимости у больных пожилого возраста ( $\chi^2<3.84$ ,  $p>0.05$ ). Полученные результаты показали, что шанс обнаружения мутации гена PML-RARAt(15, 17) (bcr3) у пожилых больных 1.6 раза выше по сравнению молодыми пациентами (35.7% против 25.6% соответственно при  $\chi^2= 1.1$ ;  $p = 0.3$ ;  $OR= 1.6$ ;  $95\%CI:0.67-3.86$ ).

**Выводы**

Данные исследования указывает на то, что мутации гена PML-RARA t (15, 17) (bcr1&bcr2) у больных пожилого возраста на 2.7 раза достоверно выше по сравнению с больными молодого возраста (при  $\chi^2= 4.2$ ;  $p = 0.05$ ;  $OR= 2.7$ ;  $95\%CI:1.04-7.08$ ).

Однако, значимых различий между группами в частоте встречаемости мутации изучаемого гена PML-RARA t (15, 17) (bcr3) не было выявлено ( $\chi^2<3.84$ ,  $p>0.05$ ).

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА**

**Мустафакулов И.Б., Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э., Сатторов А.Х.**  
**Самаркандский Государственный медицинский университет,**  
**Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Целью исследования является улучшение диагностики и оптимизация тактики лечения послеоперационных осложнений при повреждениях внутренних органов.

Материалы и методы. Нами проанализированы 98 больных с травмами живота по Самаркандскому филиалу РНЦЭМП за последние 2 года. Из них у 60 (61,2%) больных имелись закрытые повреждения, а у 38 (38,8%) открытые. Мужчин было 59 (60,2%), женщин – 39 (39,8%). Возраст больных: до 20 лет было 20 (20,4%), 21-30 лет – 35 (35,7%), 31-40 лет – 20 (20,4%), 41-50 лет – 9 (9,2%), 51-60 лет – 12 (12,3%), старше 60 лет – 2 (2,0%).

Среди травм живота причины бытового характера были в 18 (18,3%) случаях, автоаварии – в 41 (41,8%) случаях, умышленные – в 19 (19,3%) случаях. 67 (68,3%) больных поступили в состоянии алкогольного опьянения.

В 46 (76,7%) случаях отмечено повреждение внутренних органов: паренхиматозных у 8, полых органов – у 38 больных.

Открытые повреждения живота наблюдались у 38 (38,8%) больных. Из них – у 5 (13,2%) непроникающие ранения, а у 33 (86,8%) – проникающие в брюшную полость. В 33 случаях повреждения внутренних органов: полых в 24, паренхиматозных – 9 раз. Результаты. Абсолютным признаком проникающего ранения живота явились эвентрация органов: в 11 случаях сальника и в 3 случаев – петель тонкой кишки.

Проникающее ранение, выявленные при первичной хирургической обработке ран (у 24) и эвентрация органов (у 14), является абсолютным показанием к экстренной лапаротомии, так же и наличие свободного газа и жидкости при закрытых травмах органов брюшной полости.

Таким образом, из 98 больных с травмами органов брюшной полости в 14 случаях проведено консервативное лечение, в 84 случаях – оперативное лечение. В сроках до 3х часов – 72 (85,7%), до 6 часов – 8 (9,5%), до 12 часов 4 (4,8%) больных. Выявлена следующая частота повреждений внутренних органов: тонкой кишки – у 30 больных, брыжейки – у 22, печени – у 9, толстой кишки, желудка и селезенки – у 8, двенадцатиперстной кишки – у 7, поджелудочной железы – у 1, мочевого пузыря и желчного пузыря – у 1. Всего 98 повреждений.

Множественные повреждения органов были у 21 больного. Повреждений органов брюшной полости не было в 5 случаях.

При повреждении селезенки проводилась спленэктомия (у 6 больных) и ушивание ран (у 2 больных), при повреждениях печени – щадящая органосохраняющая операция (у 9 больных).

У 1 больного наложено двустольная энтеростома при терминальной стадии разлитого перитонита. У 3 больных произведена санационная релапаротомия в сроки от 48 до 72 часов после первой операции.

Выводы. Летальность после операции была равной 4,0% (4 случая).

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ**

**Мустафакулов И.Б., Сатторов А.Х., Нормаматов Б.П., Бойназаров М.Э.**  
**Самаркандский Государственный медицинский университети**  
**Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

**Цель.** В настоящем сообщении сделана попытка подытожить некоторые принципы диагностики и лечебной тактики при повреждениях груди с учетом основных патогенетических закономерностей данного вида травмы.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе 389 случаев лечения закрытых повреждений грудной клетки. Нервнорефлекторная форма была у 180 (46,4%) человек, геморрагическая форма – у 90 (23,1%), легочно-гипоксическая форма – у 89 (22,9%) и кардиальная форма – у 30 (7,6%). Наблюдения проводили с 2012 по 2024 гг. в отделении торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП.

**Результаты.** С целью более ясного понимания всего многообразия патологоанатомических и патофизиологических нарушений при повреждениях груди их целесообразно условно подразделить на четыре основные клинические формы: 1) нервнорефлекторная; 2) легочно-гипоксическая; 3) геморрагическая и 4) кардиальная (псевдоинфарктная). Разумеется, эти формы могут сочетаться у одного пострадавшего, но, как правило, удается выявить одну ведущую форму.

Неотложная хирургия всегда связана с дефектом времени. Основная часть больных поступает, как правило, в тяжелом состоянии, что и определяет необходимость быстро ориентироваться в существующей патологии. При этом, по нашему мнению, следует соблюдать некоторые принципы, которые до сих пор редко используются в диагностике травмы груди.

В начале диагностического процесса необходима максимальная адекватная всем возможным формам повреждения дивергентность (своевременность) мышления врача. Это способствует наиболее полному охвату патологического состояния. После дивергентного представления о том, какие осложнения присущи данному виду травмы, необходимо логический подход к конвергентному типу диагностики, чтобы в конце этой мыслительной операции, построенной на фактическом материале, на знании патогенеза, получить однозначный ответ, в нашем случае – правильный диагноз.

Наилучшим вариантом конвергентности диагностики, как показывает практический опыт, является последовательное исключение клинических форм, указанных в схеме, начиная с более опасных и быстротекущих. К этому следует добавить, что истинная конвергентность диагностического процесса в неотложной хирургии должна заключаться в постановке диагноза, диктующего правильную лечебную тактику.

Вне зависимости от вида травмы и варианта хирургической тактики при лечении пострадавших следует соблюдать лечебно-диагностический алгоритм, включающий: 1) устранение боли; 2) раннее и адекватное дренирование плевральной полости; 3) мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого; 4) восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей; 5) герметизацию и стабилизацию грудной стенки; 6) окончательную остановку кровотечения и восполнение кровопотери; 7) инфузионную, антимикробную и поддерживающую терапию.

Критериями адекватности комплексного лечения должны служить восстановление внешнего дыхания, устранение гипоксии, нормализация пульса, артериального давления, рентгенологические и аускультативные данные. ЭКГ и ЭхоКГ.

Выводы. Соблюдение принципов дивергентности и конвергентности ускоряют диагностику повреждений груди и способствуют выбору правильной лечебной тактики в условиях дефицита времени.

## **ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПЕРFUЗИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

**Мухамедова Б.Ф., Абдужабборова Д.Э**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

Введение: Реперфузионный синдром играет важную роль в лечении острого инфаркта миокарда (ОИМ), оказывая существенное влияние на прогноз и качество жизни пациентов. Целью данного исследования являлось исследование гендерных различий в распространенности реперфузионного синдрома среди пациентов, получающих тромболитическую терапию и подвергающихся чрескожному коронарному вмешательству.

Материалы и методы: В исследование были включены 133 пациента с диагнозом ОИМ, которые были разделены на группы в зависимости от лечения (ТЛТ или ЧКВ) и пола. Для мониторинга состояния использовались холтеровский мониторинг и анализ крови на натрийуретический пептид.

Результаты: Реперфузионный синдром наблюдался у 35% мужчин (23 из 66) и 30% женщин (20 из 67) в группе, проходящей ТЛТ, а также у 25% мужчин (16 из 64) и 20% женщин (13 из 65), получающих ЧКВ. Средние уровни натрийуретического пептида составляли 532 pg/mL у группы ТЛТ по сравнению с 490 pg/mL у группы ЧКВ. Также были отмечены повышения уровней КФК-МБ, тропонина, АЛТ и АСТ, что указывает на повреждение миокарда: КФК-МБ достигал 250 ЕД/л у ТЛТ по сравнению с 220 ЕД/л у ЧКВ; тропонин — 5,2 ng/mL у ТЛТ в сравнении с 4,8 ng/mL у ЧКВ; АЛТ — 50 U/L у ТЛТ против 45 U/L у ЧКВ; АСТ — 48 U/L у ТЛТ в сравнении с 44 U/L у ЧКВ.

Выводы: Гендерные различия в проявлении реперфузионного синдрома и связанных с ним биохимических маркеров подчеркивают значимость учета половых особенностей при определении подходящего метода лечения ОИМ. Выявленный

высокий уровень реперфузионного синдрома среди пациентов, проходящих ТЛТ, требует дополнительного внимания к гендерным различиям в контексте разработки терапевтических стратегий.

## **ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**

**Мухитдинова Х.Н., Абдусалиева Т. М., Юлдашева С. А., Икромов М.Ф., Хайитов А.А.**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

**Актуальность.** Одной из наиболее серьезных проблем интенсивной терапии больных с ТЧМТ является коррекция отклонений водного баланса, в условиях адекватной противоотечной, дегидратационной терапии, направленной на борьбу с отеком мозга, которые могут привести к нарушению ренальных функций, вплоть до острой почечной недостаточности. Однако, на сегодняшний день в литературе недостаточно четких рекомендаций инфузионной терапии в первые сутки, учитывающих сложные патогенетические механизмы развития многообразных посттравматических осложнений, которые существенно повысили бы эффективность лечения детей ТЧМТ.

**Цель работы.** Дать оценку инфузионной терапии в первые сутки после тяжелой черепно-мозговой травмы в зависимости от тяжести состояния.

**Методы исследования.** Изучены составляющие водного баланса: объем парентельно, энтерально и общее количество введенной жидкости, количество видимых потерь, частота сердечных сокращений (ЧСС), показатель сатурации кислорода, температура тела методом ежечасной регистрации параметров в ОРИТ у 100 детей, поступивших с ТЧМТ в РНЦЭМП в возрасте от 9 месяцев до 18 лет в трех возрастных группах: от 9 месяцев до 3 лет (1 группа), от 3,1 до 7 лет (2 группа), от 7,1 до 18 лет (3 группа). По показаниям респираторная аппаратная (VELA, DRAGER) поддержка начата сразу при поступлении, необходимость обеспечения аппаратной вентиляции легких наблюдалась у всех больных в последующие дни наблюдения. Ведущими факторами волемиических нарушений были травматический шок 1, 2 степени, у 3 детей повреждение внутренних органов, осложненное внутренним кровотечением, интраоперационная кровопотеря у 6 детей со своевременным возмещением компонентами крови (эритроцитарная масса, свежзамороженная плазма). Дана оценка зависимости коррекции инфузионной терапии от исходной тяжести состояния (по шкале Gams), тяжести повреждений (по AIS), Оценка степени острой церебральной недостаточности (ОЦН) проводилась по шкале ком Глазго (GCS). Принимая во внимание отсутствие времени на расчеты при крайне тяжелом состоянии пациентов и нередко специальной технической оснащенности для взвешивания и расчетов объемы инфузионной терапии представлены в абсолютном количестве в мл в сутки.

**Результаты и их обсуждение.** В первые сутки после ТЧМТ у детей 1 подгруппы в возрасте до 3 лет объем парентерального введения составил 54,5% от общего введенного суточного объема жидкости, во 2 подгруппе внутривенно было введено 59% и в самой тяжелой подгруппе было введено внутривенно за сутки 61% от общего суточного объема. Объем суточного диуреза свидетельствовал об адекватной выделительной активности почек в 1 сутки после травмы и составил в 1 подгруппе 60%, во 2 – 42%, в 3 – 59%, соответствуя отрицательному балансу, то есть вводимый объем

воды в 1 сутки после ТЧМТ у детей младенческого возраста носил характер возмещения дефицита жидкости в организме во всех подгруппах.

Выводы. В 1 сутки ТЧМТ при тяжести состояния по AIS  $2,9 \pm 0,4$ ; CRAMS  $7,2 \pm 1,1$  (1 подгруппа); AIS  $4,2 \pm 0,3$ ; CRAMS  $5,1 \pm 0,04$  (2 подгруппа); AIS  $4,9 \pm 0,06$ ; CRAMS  $2,2 \pm 0,06$  (3 подгруппа) и GCS 12 (1 подгруппа), 8 (2 подгруппа) и 7 баллов (3 подгруппа) адекватным суточным объемом инфузионной терапии являлось ограничение общего объема вводимой воды в возрасте до 3 лет в среднем до 600 мл в сутки в 1 подгруппе, до 830 мл во 2 и до 690 мл в 3 подгруппе. В возрасте от 3,1 до 7 лет в 1 подгруппе при тяжести состояния по шкале AIS 3,3 – 4,1 баллов, по CRAMS 6,1 – 8,3 баллов, по GCS 11,9–13,1 баллов оптимальным объемом оказался в 1 сутки  $757,5 \pm 232,3$  мл, с парентеральным введением 73% суточного объема. Во 2 подгруппе при показателях AIS 3,4–4,4 баллов, по CRAMS 3,4–4,8 баллов, по GCS 7,6–10,4 баллов оптимальным объемом являлся  $735,0 \pm 363,7$  мл, с парентеральным введением 71% суточного объема. В 3 подгруппе в возрасте от 3,1 до 7 лет при показателях AIS 4,7–5,1 баллов, по CRAMS 0,9–1,7 баллов, по GCS 6,1–6,7 баллов эффективным было введение  $974,7 \pm 368$  мл в сутки, с парентеральным введением 67% от суточного количества. Объем видимых потерь следует поддерживать не менее 50% введенного количества.

## **ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Мухитдинова Х.Н., Рахимова С.Р., Шомуродов А.Ш., Сабилов Д.С.,  
Икромова М. Ф.**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

**Актуальность.** Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) это критическое состояние, которое параллельно с изменениями в головном мозге, вызывает изменения в других жизненно важных органах и системах. Наиболее значимыми и рано развивающимися являются изменения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Это определяет необходимость мониторинга показателей гемодинамики у больных с ТЧМТ. Однако в литературе недостаточно данных по изучению взаимосвязи колебаний гемодинамики с тяжестью ТЧМТ, не определены диагностическая и прогностическая значимость исходного среднесуточного уровня артериального давления после ТЧМТ у детей.

**Цель работы.** Изучить изменения гемодинамики в зависимости от степени тяжести черепно-мозговой травмы у детей.

**Материал и методы исследования.** Изучены изменения сердечной функции (УО, ДП), минутного объема кровообращения (МОК), общего периферического сопротивления (ОПСС), потребность миокарда в кислороде (ПМК), частоту сердечных сокращений (ЧСС) методом ежечасной регистрации параметров на протяжении всего времени лечения в условиях ОРИТ в остром периоде ТЧМТ (первые 10–24 дня) у 39 детей, поступивших в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи в возрасте 7,1–17,9 лет. Из них мальчиков было 26 (67%), девочек 13 (33%). В зависимости от тяжести состояния, которое мы определяли по продолжительности интенсивной терапии в условиях ОРИТ больных распределили на 3 группы: в 1 группе продолжительность лечения в ОРИТ составила от 5 до 10 суток – 16 детей (41%); во 2 группу включили 11 (28%) больных длительностью пребывания в ОРИТ – 11–20

суток; 3 группа - 12 детей (31%) с длительностью интенсивной терапии от 21 до 81 суток (из них 1 девочка находилась в ОРИТ 58 суток, 1 мальчик 81 день).

Результаты и их обсуждение. Продолжительность интенсивной терапии в ОРИТ нами взята, как объективный показатель тяжести ТЧМТ (вывод сделан после детального изучения и анализа всех параметров). Достоверное различие длительности пребывания в ОРИТ в 3 группах наблюдались в группах и мужского и женского пола. Длительность продленной ИВЛ была наибольшей также в 3 группе ( $18,5 \pm 2,6$  суток), во 2 -  $8,5 \pm 3,5$  дней, в первой -  $3 \pm 1$  суток. Результаты соответствовали данным клинической оценки тяжести состояния в 1 сутки с учетом ТЧМТ, оценке степени нарушения сознания (тяжести острой церебральной недостаточности) по шкале ком Глазго в 60% случаев  $\leq 8$  баллов, повреждения других органов. Выявлено, что факторами отягощающими состояние при ТЧМТ являлись: тяжесть ушиба головного мозга (кома 2), повреждение (разрыв внутренних органов) полостных органов (печени, селезенки), переломы крупных костей со смещением (также осложненные жировой эмболией), сочетание перелома костей с повреждением полостных органов 4, что в целом вызывало более тяжелую степень травматического шока.

В 1 группе 3 больным (18%) протезирование внешнего дыхания в режиме IPPV(A/C) проводилось в течение  $3 \pm 1,3$  суток, 6 пациентам (37%) в режиме SIMV (длительностью  $2,8 \pm 1,5$  суток), 4 больным (25%) при переводе на спонтанное дыхание CPAP протяженностью  $3 \pm 1$  час. Во 2 группе ИВЛ в режиме АС (IPPV) проводилось 3 (27%) больным продолжительностью  $3,3 \pm 1,8$  суток. В режиме SIMV 8 (72%) больным в течение  $7,3 \pm 2,8$  суток, CPAP 7 (63%) пациентам длительность  $2,7 \pm 1,1$  суток. Из 12 больных 3 группы АС (IPPV) проводилось 5 (41%) больным в среднем продолжительностью  $2,6 \pm 1,1$  суток, 11 (72%) пациентам режиме SIMV длительностью  $14,6 \pm 4,9$  суток, ИВЛ в режиме CPAP (75%) больным длительностью  $4,9 \pm 3,2$  дней. Таким образом, больные 3 группы отличались необходимостью наиболее длительного полного протезирования внешнего дыхания в сравнении с 1 и 2 группами больных. Так в 3 группе в ИВЛ в режиме А/С (IPPV) при поступлении в клинику нуждались 41% больных. Длительность ИВЛ в среднем составила  $2,6 \pm 1,1$  дней. Обязательным у пациентов 3 группы являлось применение после ИВЛ в режиме А/С (IPPV) аппаратной поддержки дыхания в режиме SIMV у 91% больных продолжительностью ( $14,6 \pm 4,9$  суток), CPAP у 75% очень тяжелых детей длительностью ( $4,9 \pm 3,2$  суток).

В первые сутки в 1 группе больных выявлена тенденция к субфебрилитету, при поддержании АД, ОПСС, SpO<sub>2</sub> на стабильном уровне. Однако о стрессовой реакции организма в 1 сутки говорили обнаруженные увеличение МОК до  $6,0 \pm 1,2$ , повышение общей вегетативной регуляции до  $1,6 \pm 0,3$  ед. (на 60%), потребления миокардом кислорода до  $134,2 \pm 19,8\%$  (на 34%), ЧД до  $23,2 \pm 3,5$  в минуту, ЧСС до  $113,5 \pm 16,2$  в минуту. В последующие 8 суток наблюдения статистически значимых колебаний среднесуточных показателей гемодинамики в исследуемой группе не выявлено.

В 1 сутки лечения среднесуточные показатели гемодинамики, ЦВД, потребление миокардом кислорода существенно не отличались от показателей 1 и 2 групп. Однако, более тяжелый характер ТЧМТ, массивное повреждение других органов и систем требовали более продолжительной, объемной интенсивной терапии в течение в среднем до 25 суток и у 4 детей более. Тяжесть больных 3 группы выражалась также в необходимости наиболее длительного полного протезирования внешнего дыхания. Несмотря на поддержание системной гемодинамики на уровне среднесуточного уровня среднего АД в пределах 90 мм ртст, систолического, диастолического в требуемых пределах выявлена тенденция к формированию гипердинамического типа кровообращения, повышение потребности миокарда в кислороде в 1 группе в первые 2

суток на 35%, во 2 – 21 и 25%, в 3 группе – на 34 и 46%, которое соответственно нормализовалось в 1 группе на 9 сутки, во 2 группе на 8 сутки, однако в 3 группе оставалось повышенным на 24 % и на 24 сутки. Во всех случаях применялась своевременная коррекция гемодинамики, дыхания, коррекции нарушений других систем гомеостаза, что приводило к стабилизации центральной и периферической гемодинамики на требуемом уровне.

Вывод. Различия нарушений гемодинамики в зависимости от степени тяжести черепно-мозговой травмы у детей старше 7 лет недостоверны. Факторами отягощающими общее состояние при ТЧМТ являлись: кома 2, повреждение разрыв внутренних - печени, селезенки, сочетание перелома костей с повреждением полостных органов, что в целом вызывало более тяжелую степень травматического шока. Своевременное хирургическое вмешательство, коррекция нарушений гомеостаза, интенсивная терапия детей с тяжелой и очень тяжелой травмами позволяли сохранить жизнь, но недостаточно эффективными для быстрого и стабильного восстановления гомеостаза, что обуславливало длительность ИВЛ/ВИВЛкорректирующей интенсивной терапии.

### **СОСТОЯНИЕ РАДУЖКИ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

**<sup>1</sup>Набиев А.М., <sup>2</sup>Зохидов О.У.**

**<sup>1</sup>Доктор медицинских наук, главный врач Ташкентский областной филиал РСНПМЦМГ,**

**<sup>2</sup>Базовый докторант 2-го года обучения, Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Микрохирургии глаза.**

Цель исследования. Изучение состояния радужки с хрусталиком при различных разновидностях ПЗУГ и их взаимосвязи с глубиной передней камеры.

Материал и методы исследования. Проведен анализ всего 7500 больных (14681 глаз) с различными формами глаукомы. Из 7500 пациентов ЗУГ установлена у 3892 больных (7512 глаз), что составило 51,9% случаев. Среди них, женщин - 56,9%, мужчин - 43,1%. Возраст пациентов от 27 до 86 лет, в среднем составило  $63,5 \pm 4,1$ . Длительность болезни от 3 мес до 24 лет, в среднем  $12,1 \pm 3,4$ . Сроки наблюдения от 6 мес до 18 лет. Распределение больных по стадиям ЗУГ: начальная стадия установлена в 14,7% случаях (1104 глаз), развитая – 37,6% (2824 глаз), далекозашедшая – 47,7% (3584 глаз), соответственно. Данные пациентов с терминальной стадии ЗУГ нами не приводятся. Контрольную группу составили данные 30 здоровых лиц соответственного возраста.

Для оценки зрительных функции проводилось комплексное обследование с использованием следующих методик: визометрия, периметрия, тонометрия, тонография, гониоскопия, УБМ, ОКТ и др. Динамический контроль осуществлялся до и после хирургического вмешательства – исследованием зрительных функций, состояния зрительных нервов, показателей гидродинамики, периметрии, ОКТ и др. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0. За вероятность статистически значимых различий принимались значения, начиная с  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Полученные нами данные показывают, что закрытоугольная глаукома со зрачковым блоком установлена у 67,8% случаев, ползучая у 19,7%, с плоской радужкой у 7,5% и витреохрусталиковый блок – 5% и каждая разновидность имеет свои некоторые особенности. Закрытие УПК по стадиям

ЗУГ: ложное - при начальной стадии у 47,7% больных (527 глаз), развитой у 23% (649 глаз) и далекозашедшей у 9% (322 глаза). Истинное закрытие УПК при начальной стадии обнаружено у 52,3% больных (577глаз), развитой у 77% (2175 глаз) и далекозашедшей у 91% (3262 глаза). Так, при начальной и развитой стадиях ЗУГ наличие нитевидных гониосинехии превалируют над плоскостными синехиями, что было характерно для далекозашедшей глаукомы. Степень закрытия УПК зависело от стадии ЗУГ. Если, в начальной стадии ЗУГ узкий доступа или закрытие УПК отмечалось только в одном, в основном, верхнем сегменте, то при далекозашедшей стадии закрытие УПК установлено как минимум в 3-х сегментах.

Среди лиц контрольной группы на 3-х глазах (5% случаев) наблюдается мелкая камера и на 5 глазах (8,3%) доступ был очень узким с ложным закрытием УПК в верхнем сегменте, зона корнеосклеральных трабекул была умеренно пигментирована. При обследовании этих лиц патологических изменений со стороны глазного дна, гидродинамических показателей и зрительных функции глаукома нами не установлено. При наблюдении за этими лицами в отдалённом периоде только у 1 из 5 лиц развилась глаукома.

Выводы. Таким образом, клиническими особенностями диагностики разновидностей ЗУГ являются: 1) для глаукомы со зрачковым блоком характерно плотное прилегания радужки к хрусталику, мелкая передняя камера, выраженная прикорневая складка и развитие плоскостных гониосинехий; 2) для «ползучей» разновидности ЗУГ характерно, мелкая передняя камера у корня радужки, не выраженная прикорневая складка, закрытие УПК корнем радужки от самой вершины и постепенное распространение кпереди на склеральную шпору и трабекулу; 3) для ЗУГ с «плоской» радужкой характерно, гладкая, толстая строма радужки с невыраженной прикорневой складкой, при выполнении компрессионной пробы на глазное яблоко сигмообразная конфигурация УПК; 4) для ЗУГ с витреохрусталиковым блоком характерно, щелевидная передняя камера (менее 1,5 мм), плотное прилегание радужки к хрусталику, выраженной атрофией ее стромы, отсутствием доступа в УПК и его закрытием во всех сегментах.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ, РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ТРАНЗИТНЫМ РАЗДЕЛЕНИЕМ ЖЕЛУДКА И МИНИ- ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ**

**Назаров И.Р. 1 Муратов А.А.1 Рустамов А.А.1  
1. Университетская клиника Акфа Медлайн**

Цель: мы стремились сравнить 1-летние послеоперационные результаты у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД2), перенесших лапароскопическую рукавную гастрэктомию, лапароскопическую рукавную гастрэктомию с транзитным двуразделением (LSG-TB) и мини-желудочное шунтирование (MGB).

Пациенты и методы: Это ретроспективное сравнение двух новых методов бариатрической хирургии с использованием MGB. Первичным показателем результата исследования была частота ремиссий СД2. Вторичные результаты включали потерю избыточного индекса массы тела (ИМТ) и времени операции.

Результаты: В целом 80 пациентов прошли LSG, 10 — LSG-TB и 25 — MGB. Средний возраст и половое распределение были сопоставимы для всех групп. Дооперационный ИМТ был одинаковым в группах MGB и LSG + TB, тогда как в группе LSG значения ИМТ были значительно выше, чем в группе MGB. В обеих группах значения ИМТ значительно снизились по сравнению с соответствующими исходными значениями. Избыточная потеря ИМТ была ниже у пациентов, перенесших LSG, по сравнению с пациентами, получавшими LSG-TB и MGB. Процедуры бариатрической хирургии длились короче в LSG, чем в LSG -TB. Однако самым коротким тогда LSG -TB было MGB. Частота ремиссии СД2 составила 70% и 75% в группах LSG и LSG - TB соответственно ( $P > 9,999$ ). Частота ревизионных операций была сопоставима в обеих группах.

Вывод: В заключения, LSG заняло меньше времени и обеспечило значительно более высокую избыточную потерю ИМТ по сравнению с LSG-TB. Частота ремиссии и улучшения показателей СД2 была одинаковой в обеих группах. LSG-TB казался многообещающим методом бариатрической хирургии у пациентов с ожирением и СД2.

### **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ.**

**Н.Н.Назаров., А.Д.Махмудов, А.А.Тургунбоев., И.Х-А.Н.Назирджонов.**  
**Андижанский Государственный Медицинский Институт**  
**Частная клиника «Фаномед» Республика**

В последние годы увеличивается количество пациентов с буллезным поражением легких и, как следствие, растет число больных со спонтанным пневмотораксом. Этому способствует так и частые простудные заболевания и как следствие продолжающейся COVID-19 пандемии.

Среди пациентов переболевших COVID-19 пневмонии наиболее часто встречаются лица трудоспособного возраста. В связи с этим трудности в выборе адекватной диагностической и лечебной тактики являются причинами повышенного внимания хирургов к этому патологическому состоянию и определяют социальную медицинскую значимость проблемы.

Лечебно-диагностическая тактика при буллезной эмфиземе в последние годы претерпевает существенные изменения, что связано с появлением новых данных об этиологии и патогенезе заболевания и успехами эндовидеохирургической техники (Kim J. et al., 1998; Eggelin St. et al., 1999).

Немаловажным является то обстоятельство, что большинство пациентов буллезной эмфиземой поступают с осложнениями спонтанным пневмотораксом в дежурные (преимущественно общехирургические) стационары, где им оказывается неотложная помощь и лишь, затем такие больные попадают в поле зрения торакального хирурга. По современным представлениям основой лечебной тактики при СП является диагностическая информация, получаемая при первичной (выполняемой перед дренированием) торакоскопии и компьютерной томографии, а уровень лечения предполагает не только расправление коллабированного легкого, но и устранение причин, приведших к этому патологическому состоянию.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных буллезной эмфиземой путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики с использованием видеоторакоскопии.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 55 больных буллезной эмфиземой легких находившихся в клинике ФАНОМЕД с 2020 по 2023г. Основная группа состояло их 25 больных, которым для диагностики и лечения по показаниям выполнили торакоскопию. Контрольную группу составили 30 больных, которые обратились в клинику соответствующими жалобами и после проведенных обследований (Рентгенография, МСКТ) тактику лечения выбирали индивидуально (в зависимости от состояние, возраста и.т.д).

Анализ материалов по годам позволил выявить ежегодное увеличение число больных со спонтанным пневмотораксом на фоне буллезной эмфиземы легких 8 в 2020г. до 17 в 2023г. Правосторонний СП отмечен у 15 больных, левосторонний у 10 больных, рецидивный – у 6 больных, двухсторонний 2 больных.

Буллезная поражения легких соответственно встречалось правосторонняя-18, левосторонняя-10, двусторонняя -2 больных.

Диагностические ошибки на до госпитальном этапе наблюдали у 6 больных. Наиболее частыми неверными диагнозами при СП были стенокардия, инфаркт миокарда, миозит, невралгия, бронхит, пневмония, плеврит, холецистит.

Буллезная эмфизема ни в одном случае не был диагностирован рентгенологически, только после тщательного обследования и проведения МСКТ грудной клетки были выявлены изменения в легких.

В диагностике буллезной эмфиземы и его осложнения СП применяли следующий алгоритм: рентгенография легких, торакоскопия при СП, МСКТ, фибробронхоскопия, определения функции внешнего дыхания.

По рентгенологической классификации СП распределен на 4 степени.

1-я степень- коллапс менее 30%, у 6 больных,

2-я степень- коллапс менее 50%, у 8 больных,

3-я степень- коллапс менее 75% ,у 10 больных,

4-я степень полный коллапс, у 1 больных.

При торакоскопии с целью оценки выявленных изменений наиболее удобной является классификация R.Vandershueren(1981г.):

1-тип-отсутствие видимой патологии – у 1 больных,

2-тип - наличие плевральных сращений в отсутствие изменений в паренхиме легкого- у 4 больных,

3-тип-небольшие субплевральные буллы до 2см в диаметре - у 25 больных,

4-тип-буллы более 2-хсм- у 20 больных.

Показанием к операции явились рецидив СП и буллезная поражения легких осложненной дыхательной недостаточностью.

Оперированы все 55 больных из них 12 случаях выполнена торакотомия полисегментарная резекция легких, коагуляция или ушивание булл, плевродезом.

В остальных случаях у 43 больных выполнена видеоторакоскопическая резекция или коагуляция булл, частичным плевродезом или плеврэктомией.

Приводим наше наблюдение:

Больной Ш-48 лет поступил в клинику ФАНОМЕД в плановом порядке 21.10.2023г, с жалобами на выраженную одышку, нехватку воздуха, боли в правой половине грудной клетки. На рентгенографии выявлено коллапс верхней доли правого легкого. МСКТ- буллезная поражения обеих легких, гигантские буллы верхней доли правого легкого, резкое смещение органов средостения влево. Больному после обследования 24.10.2023г произведена видеоторакоскопическая полисегментарная резекция верхней доли легкого, резекция булл и частичная плеврэктомия.

Послеоперационный период протекало гладко, легкое расправилось, дренажная трубка удалена на 4-сутки после операции.

Выводы: Применение видеоторакоскопии в комплексной диагностике и лечении буллезной эмфиземы легкого позволяет установить его причину и снизить частоту рецидивов СП до 2,8%.

Видеоторакоскопия в сочетании с резекцией и коагуляцией булл, плевродезом и дренированием плевральной полости позволяет добиться расправления легкого без обычного оперативного вмешательства.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ.**

**Н.Н.Назаров, М.М.Мадазимов, А.Л.Махмудов, А.А.Тургунбоев, И.Х-А.Н.Назирджонов**

**Андижанский государственный медицинский институт.  
Частная клиника «ФАНОМЕД» Республика Узбекистан.**

Опухоли средостения — группа доброкачественных и злокачественных опухолей, различной структуры, находящиеся в анатомических пределах средостения и имеющих неорганическое происхождение. Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1%. Злокачественные и доброкачественные встречаются и диагностируются в соотношении 4: 1. Опухоли средостения выявляют преимущественно в молодом и среднем возрасте, заболевают одинаково часто мужчины и женщины. Открытые диагностические операции (медиастинотомия, диагностическая торако- и стернотомия) выполняются все реже ввиду их травматичности, а роль видеоторакоскопии как универсальной диагностической альтернативы до сих пор не вполне определена.

Цель исследования: улучшение хирургического лечения заболеваний средостения с помощью нового высокотехнологичного метода - видеоторакоскопии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в клинике «Фаномед» с 2020 по 2023 гг находились 58 больных с заболеваниями средостения, в возрасте от 17 до 67 лет. Больные были разделены на две группы основной и контрольную группу. В контрольную группу вошли больные которым для хирургического лечения образований средостения применялось традиционные методы то есть стернотомия, торакотомия. В основную группу вошли те больные которым произведена операция видеоторакоскопия. В контрольной группе вошли 36 больных, из них мужчин-20, женщин-16. Новообразование переднего средостения было диагностировано у 21 больных, из них тимомы у 13 больных (8\5), лимфома-2(1\1), киста перикарда-4(1\3), саркаидоз-2(0\2). В заднем средостение образования было диагностировано у 15 больных (9\ 6). Невринома диагностирована у 12 (8\4) больных, шваннома у 3 больных (1\2).

В основной группе вошли 22 больных 14 мужчин, 8 женщин. Новообразование переднего средостения было диагностировано у 16 больных, из них тимомы-8 (6\2), лимфома у 3 больных (1\2), киста перикарда у 3 больных (1\2), саркаидоз у 2 больных (1\1). Новообразование заднего средостения диагностировано у 6 больных, из них невринома у 5 больных (4\1), шваннома у 1 больного (1\0). Всем больным проведена комплексное общеклинические лабораторные инструментальные исследования а также рентгенография в 2-х позициях,МСКТ, МРТ при необходимости МСКТ ангиопульмонография и ПЭТ КТ.

Результаты исследования: У больных контрольной группе с образованиями тимуса произведена операция продольная стернотомия расширенная тимэктомия 13 случаях. В одном случае из за прорастания опухоли в перикард и в правое предсердие удалось частично удалить вилочковую железу с оставлением опухоли. В послеоперационном периоде у одного больного наступила нагноение послеоперационной раны медиастинит, которая была ликвидирована консервативными методами. Летальность наступила у одного больного в послеоперационном периоде на 3 сутки, причиной смерти массивная тромбоэмболия легочной артерии. В остальных случаях произведена боковая торакотомия в 5 м\р. Кисты перикарда во всех 4 –х случаях находились справа, были ликвидированы полностью. В 4-х случаях у больных с саркоидозом, и лимфомой операция закончилась резекцией опухоли и биопсией.

У больных контрольной группе с новообразованиями заднего средостения произведена боковая торакотомия и удаление опухолей.

В основной группе у всех больных операция начато с видеоторакоскопией. У больных с тимомой в 7 случаях ВТС проведен справа в одном случае слева. Полностью видеоторакоскопически произвести расширенную тимэктомию удалось у 6 больных. В 2-х случаях проведена конверсия. В одном случае из за прорастания опухоли в верхнюю долю слева произведена боковая торакотомия, расширенная тимэктомия, полисегментарная резекция верхней доли. В одном случае из за наступившегося массивного кровотечения пришлось произвести боковую торакотомию, после остановки кровотечения операция закончена расширенным тимэктомией. У больных с кистами перикарда ( все случаи находись справа) полностью удалось ликвидировать кисты с помощью ВТС. У 5 больных с лимфомой и саркоидозом видеоторакоскопически удалось резецировать основной участок опухоли и взять биопсию. У этой группе больных в послеоперационном периоде осложнений не было. У 6 больных основной группе с новообразованиями заднего средостения с помощью ВТС удалось удалить образования без дополнительных разрезов.

В послеоперационном периоде в основной группе больных восстановление дыхательной функции и экстубация произведена на ранние часы на 0,5-1 час п\о, чем в контрольной группе на 2-5 часа ( особенно у больных тимомой с миастиническим синдромом). У больных основной группе по сравнению контрольной отмечалось уменьшение болевых ощущений в один день, одну неделю и 2-4 недели. Отмечалось снижение потребности в анальгетиках после операции, улучшение качества жизни. Сокращение срока пребывания в больнице на 2,6 дня. Нахождение дренажной трубки соответственно сокращалось у больных основной группе по сравнению контрольной на 2-3 сутки после операции у основной группе чем на 4-5 сутки контрольной группе.

Выводы: ВТС продемонстрировал превосходство по сравнению с торакотомией, и выявил множество преимуществ за счет увеличения времени на интраоперационном периоде. Эти преимущества включают снижение потери крови, снижение острой и хронической боли, сокращение потребностей в послеоперационных анальгетиков.

## УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Назарова Н. М., Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З.

Андижанский филиал РСНПЦОиР

Андижанский государственный медицинский институт

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Злокачественные новообразования (ЗНО) — одна из основных проблем, стоящих на повестке дня современной медицины, и основная причина смертности населения развитых и развивающихся стран. Проблема рака женских половых органов является предметом многочисленных исследований. Злокачественные опухоли женских половых органов в большинстве развитых стран занимают одно из ведущих мест в структуре общей онкологической заболеваемости и смертности женского населения.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Целью настоящего исследования является ранняя диагностика и выживаемость злокачественных новообразований органов репродуктивной системы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Работа выполнялась на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и радиологии. Материалами для изучения заболеваемости, смертности, запущенности ЗНО женских половых органов в статистике и динамике явились годовые отчеты данного центра за 2019-2022гг.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Для женщин определенную роль играет и такой фактор, как образование: чаще – от 61,4% до 93,8% женщин имели среднее образование. Проведена оценка особенностей менструального цикла женщин (табл.4.5). Возраст начала менструации в 12–14 лет при злокачественных новообразованиях ШМ установлены у 87,7%; ТМ – у 100% пациенток; МЖ – у 97,8% . При злокачественных новообразованиях яичников начало менструации в основной группе женщин отмечено в возрасте 9–11 лет у 39,2%. Нерегулярный тип менструации при ЗНОШМ констатирован в 50,7% наблюдений. При ЗНОТМ он был таковым у 66,1% женщин. В то время как для женщин со злокачественными новообразованиями яичников характерен нерегулярный тип, что отмечено в 51,5% наблюдениях. Практически все женщины с ЗНОШМ отметили хронические заболевания придатков и матки. К примеру, для ЗНОТМ были характерны эндометрит и миома матки – 52,6%, ЗНОЯ наличие кисты яичников 30%, ЗНОМЖ – воспаление придатков матки 58,4%. Боли в области гениталий и маточные кровотечения с высокой степенью вероятности были характерны для женщин с ЗНОШМ и ЗНОТМ: 82,1%– 79,5%. Для женщин с ЗНОЯ и ЗНОМЖ также типичными являлись боли 76,4– 55,1% соответственно. Продолжительность течения злокачественных новообразований репродуктивных органов и молочных желез до начала лечения в каждой группе была различной. У женщин с ЗНОШМ сочетались с гинекологическими операциями (53,6%), ожирением (19,6%). При ЗНОТМ наиболее

значимым явились перенесенные гинекологические операции – 69,2% , ЗНОЯ - гинекологические операции – 52,7% .

**ВЫВОДЫ.** За 4-летний период отмечается рост общего числа выявленных случаев ЗНО женских репродуктивных органов и молочных, что свидетельствует как об истинном росте заболеваемости, так и о значительных успехах в развитии онкологической помощи населению Республики. Наиболее значимым и факторам и риска в развитии РШМ в АО явились большое количество родов, возраст и семейное положение, РТМ отсутствие гормональной контрацепции, эндокриннообменные нарушения и в развитии РЯ большое количество аборт и удлинение репродуктивного периода.

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНО-ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.**

**Напасов Илхомжон Зубайдуллоевич<sup>1.</sup>, Хамдамов Бахтиёр Зарифович<sup>2.</sup>**

**Заведующий отделением реабилитации и медицинского туризма**

**Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра травматологии и ортопедии. DSc, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии Бухарского государственного медицинского института.**

Цель исследования: изучение показателей клеточно-гуморального иммунитета при регенерации костной ткани больных с закрытыми переломами трубчатых костей. Материал и методы. Анализуются результаты комплексного обследования и лечения 226 больных с закрытыми переломами длинных трубчатых костей. Все больные находились на лечении и обследовании в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии с 2017 по 2022 годы включительно.

Результаты исследования. Анализ результатов исследований показал, что несмотря на применение современных методов диагностики и лечения гидатидозного эхинококкоза печени, проведенный ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения больных показал, что проводя параллели между изменением фагоцитарной активности и количества фагоцитов можно отметить определенное соответствие.

При стабильном количестве макрофагов индекс активности изменялся у больных с различным исходом регенерации костной ткани. Это свидетельствует об активизации функциональной активности над гемопозитическим, что, по-видимому, было связано с переводом образования клеток в сторону остеокластов и остеобластов. Такие изменения способствуют не только образованию костной мозоли, но и, хотя и косвенно, свидетельствовать о течении регенеративных процессов.

Изменения результатов мониторинга показателей клеточно-гуморального иммунитета и данных ультразвуковой диагностики зоны перелома при регенерации костной ткани носят фазовый характер в виде: острых циркуляторных нарушений и усиления лейкоцитарной реакции крови, повышения фагоцитарной активности и активная выработка субпопуляций лимфоцитов; периостальной реакции с усилением васкуляризации в зоне перелома, формированием иммунологической ответной

реакции с участием субпопуляций лейкоцитов, с активной экспрессией Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, повышения метаболической активности макрофагов и других популяций лейкоцитов; формирования костно-хрящевой мозоли и полноценно сформированной клеточной и гуморальной иммунной ответной реакции организма (экспрессия Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов на фоне активного выброса провоспалительных цитокинов; формирования костной мозоли на фоне завершения выработки иммуноглобулинов и противовоспалительных цитокинов.

Выводы:

Проведенное клинико-иммунологическое сопоставление течения регенеративных процессов костной ткани, проведенное на основе сопоставления данных ультразвукового исследования зоны перелома и полученных сведений мониторинга изменений иммунологических показателей крови, позволило нам выявить ряд особенностей иммунологической реакции организма. Именно это, в определенной степени, отражает особенности течения регенерации костной ткани, которые можно интерпретировать как возможные эффективные прогностические маркеры. Для проведения такой оценки наиболее эффективным может быть применение принципы и анализы, основанные на правилах доказательной медицины

## **ГЕНДЕР ФАРҚЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ГЕМОРРАГИК ИНСУЛТНИНГ ЎТКИР ДАВРИДА ИММУНИТЕТ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Нарзуллаев Н.У., Шодмонов Ж.Б.**

**Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти  
Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси Реанимация бўлими.**

Тадқиқотнинг мақсади - гендер фарқларини ҳисобга олган ҳолда геморрагик инсултнинг ўткир даврида беморларда иммун тизими ҳолатидаги ўзгаришларнинг хусусиятларини аниқлашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотда 160 нафар текширилган беморлар иштирок этди, улардан 100 нафари (50 нафар эркак ва 50 нафар аёл) нисбатан соғлом эди (улар шикоят қилмаган, диспансерда рўйхатдан ўтмаган ва ташхис қўйилмаганлар). Қабул пайтида 60 нафар беморга (30 нафар эркак ва 30 нафар аёл) ишемик инсулт ташхиси қўйилди ва иммунитет ҳолати ўрганилди.

Беморларнинг иммун тизими ҳолатини ўрганишда куйидаги кўрсаткичлар аниқланди: Т ва В лимфоцитларининг субпопуляциялари: CD3+ медиаторларини ташувчи периферик қон лимфоцитлари сони (етук Т-лимфоцитлар); CD4+ (Т-хелперлар); CD8+ (цитотоксик Т- хужайралари); CD16+ (табиий киллерлар); CD20 + (В-лимфоцитлар), шунингдек CD 4+/ CD 8 + нисбати.

Умумий иммуноглобулинлар IgG, IgM, IgA -Манчини ва ҳаммуаллифлари усули билан, шунингдек, IgE ИФА усули билан аниқланган . C3, C4 комплементар компонентларининг таркиби TNF $\alpha$ , IL-10, IL-2, IL-6, IL-8, интерферон-  $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ), IL-4, IL-10 аниқланди.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида аниқланди: жинсидан қатъи назар, геморрагик инсултнинг ўткир даврида периферик қонда лейкоцитлар, таёқчасимон нейтрофиллар ва лимфоцитларнинг умумий сонининг таққослаш гуруҳидаги соғлом одамлар билан таққослаганда статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилди.

Шу билан бирга, эркаклар ва аёлларда сезиларли ўзгаришлар аниқланмади. Ушбу кўрсаткичларнинг ошиши тананинг яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Иммунитетнинг гуморал звеноси кўрсаткичларини, комплемент тизими кўрсаткичларининг фаоллигини, гемorraгик инсултнинг ўткир даврида беморларда цитокинларнинг таркибини, нисбатан соғлом бўлганлар билан солиштирганда, гендер хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўрганиш шуни кўрсатдики, касалликнинг ўткир даврида ишемик инсулт бўлган беморларда яллиғланиш олди IL-10, IL-6, IL-8, IL-2 нинг периферик қонда ошиши, шу билан бирга яллиғланишга қарши IL-10, IL-4 ва TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  –интерлейкинларнинг камайиши кузатилди.

Бундан ташқари, иккала гуруҳда ҳам IgG, IgM, IgE, комплементнинг умумий миқдори, унинг С3 ва С4 фракциялари, С1-ингибитори, ЦИК, омил, ФИ, ФЧ, НСТ-сп., НСТ-ст.статистик жиҳатдан сезиларли ўсиш кузатилди.

**Хулоса:** Гемorraгик инсулт билан оғриган беморларда аниқ яллиғланиш белгилари мавжуд. Хужайра звеноси, ўрганилаётган кўрсаткичларда гендер асослари бўйича фарқлар мавжуд, эркаклар гуруҳида аёллар билан таққослаганда барча ўрганилган кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши аниқланди.

## ВОКСЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Николаева А.Э., Поспелова М.Л., Ефимцев А.Ю.  
ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" МЗ РФ

Цель исследования: оценка изменений головного мозга у пациенток после радикального лечения рака молочной железы по данным воксельной МР-морфометрии.

Материалы и методы:

В процессе научной работы обследовано 100 пациенток с ПМЭС. Пациентки, включенные в исследование, предъявляли жалобы на трудность в подборе слов (48%), ухудшение концентрации внимания (86%), снижение памяти (90%), шаткость при ходьбе (17%), обморочные состояния (6%), головокружения (33%), головные боли (61%). Была проведена традиционная МРТ в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях (T1-ВИ, T2-ВИ, TIRM, MPRAGE) МРТ на МР-томографе Siemens Magnetom Trio с силой индукции магнитного поля 3 Тл, с применением специальной МР-катушки для головы «Head Coil» с последующей сегментацией изображений в программе VolBrain и определением объемов серого и белого вещества, цереброспинальной жидкости, объемов головного мозга, мозжечка и ствола мозга, боковых желудочков и подкорковые структуры.

Результаты воксельной МР-морфометрии у пациенток с ПМЭС свидетельствуют о изменении объемов некоторых структур головного мозга (гиппокампы, лобные доли, нижняя лобная извилина, верхняя лобная извилина, прецентральная извилина, теменные доли, язычная извилина, островковая доля, а также общее уменьшение объемов серого и белого вещества) участвующих в формировании памяти, речи, эмоций.

**Вывод:**

Изменение объемов вещества головного мозга в целом и отдельных его структур по данным литературы встречается как при нейродегенеративных заболеваниях, таких как рассеянный склероз, болезнь двигательного нейрона, при возрастных изменениях мозга и неконтролируемой артериальной гипертензии, так и при хронической алкогольной интоксикации. Уменьшение объема гиппокампов отмечалось и у пожилых пациенток небольшим количеством модифицируемых сердечно-сосудистых факторов риска, что значимо коррелировало с начальными проявлениями когнитивного дефицита. Данные изменения обусловлены процессами демиелинизации, аксональной дегенерации, нейрональной гибели.

Результаты воксельной МР-морфометрии у пациенток с ПМЭС свидетельствуют о изменении объемов структур головного мозга, участвующих в формировании памяти, речи, эмоций.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА**

**Ниязова М.Т., Умарова М.Э.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Актуальность.** Нарушения слуха оказывают неоспоримое влияние на высшие психические функции (память, внимание, речь, мышление). Познавательные способности развиваются неравномерно. Когнитивные функции – это психические процессы, такие как внимание, восприятие, память, решение проблем, планирование, навыки умозаключения и категоризация, рассуждения, зрительно-пространственные и конструктивные способности, функции языка и речь, зрительно-моторные навыки. Благодаря когнитивным функциям ребенок осваивает мир, а при нарушениях когнитивной сферы затруднена практически любая деятельность.

**Цель исследования:** исследование логической и механической памяти, а также скорости концентрации внимания у детей с нарушением слуха.

**Методы исследования.** Исследование логической и механической памяти проводилось методом запоминания. При исследовании использовали ряд слов, при этом в первом ряду между словами были смысловые связи, во втором они отсутствовали.

Для определения скорости концентрации внимания детям предлагалось посмотреть на рисунок. В верхнем ряду изображены геометрические фигуры, внутри которых проставлены определенные числа. Ниже рисунка расположены в случайном порядке те же фигуры, но без чисел. Необходимо вписать числа в фигуры так, как это сделано в образце. Вписывать числа нужно во все фигуры подряд, а не вразбивку. Время выполнения задания фиксируется. Оценка: менее чем за 30 сек - отличный результат, 30-35 сек - хороший результат, 36-40 - средний результат, более 40 сек - низкий результат

**Результаты.** За период 2016 - 2022 гг. проведено обследование и динамическое наблюдение 60 детей с нейросенсорной тугоухостью, находившихся на лечение в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института в частной клинике «Реацентр».

При изучении объёма смысловой памяти у детей с нарушением слуха количество слов первого ряда в среднем составила  $10,0 \pm 0,01$ ; количество запомнивших слов  $6,9 \pm 0,28$ ; коэффициент смысловой памяти  $1,5 \pm 0,06$  соответственно. Результаты исследования объёма механической памяти показали, что при количестве слов второго ряда ( $10,0 \pm 0,01$ ) количество запомнивших слов составила  $4,3 \pm 0,01$ ; соответственно коэффициент механической памяти составил  $2,38 \pm 0,13$ . Самую большую долю составляют проблемы в области речи и языка. Это трудности с произношением и написанием, которые по разным оценкам испытывают до 20% школьников. У многих возникали проблемы со счетом и памятью. Далее идут когнитивные нарушения аутистического спектра, проблемы со вниманием и концентрацией, поведенческие и психологические отклонения, различные трудности в процессе обучения.

Для детей с нарушениями слуха характерны расстройства эмоционально-волевой сферы и проявляется наличием повышенной эмоциональной возбудимости (53,8%), раздражительности (69,2%), двигательной расторможенности (3,8%), робости (57,7%). У детей с нарушениями слуха также отмечаются астенические проявления: пониженная работоспособность (73,1%), истощаемость всех психических процессов (69,2%), замедленное восприятие (88,5%), трудности переключения внимания (92,3%), малый объём памяти (96,2%).

Заключение. Результаты исследования смысловой и механической памяти у детей с нарушениями слуха достоверно снижены по сравнению с условно здоровыми детьми ( $p < 0,05$ ). Также отмечаются истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объём памяти.

## **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА**

**Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Умедов Х.А., Бойназаров М.Э.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

В последние годы увеличивается число больных доставленных в хирургические стационары с массивной кровопотерей из острых эрозий и язв желудка и 12 п.к., которые занимают ведущее место в источниках не язвенных кровотечений.

Материал и методы. За 2 года в Самаркандском филиале РНЦЭМП было пролечено 350 больных с острыми язвами желудка и 12 п.к. При динамическом эндоскопическом наблюдении за течением эрозивно-язвенных поражений в стационаре обнаружено, что у 208 (59,4%), они укладывались в картину острых язв, а у 142 (40,6%) больных сроки рубцевания и последующие морфологические изменения соответствовали хронизации процесса. В группе длительно рубцующихся язв ЖКК наблюдались у всех больных, а в группе со сроками заживления соответствующими острым язвам у 83 (79,8%).

Результаты. У всех больных с острыми язвами желудка и 12 п.к. выявлена сопутствующая патология, на фоне которой возникло кровотечение. Среди сопутствующей патологии при кровотечениях преобладали декомпенсированные формы сердечнососудистых заболеваний 26%, заболеваний легких 12%, почек (ХПН) 10%, циррозы печени 7%, эндокринные заболевания 8%, сосудистая патология ЦНС (ЦВБ, ОНМК) 6%. Кроме того, ЖКК из острых язв наблюдалось в раннем п/о периоде после операций на органах брюшной полости, гнойно воспалительных поражениях конечностей у 7% больных. Лишь у 3% острые язвы возникли и дали кровотечение на фоне приема НПВС. У 85% больных с ЖКК из острых язв наблюдалось сочетание 2-3

форм сопутствующей патологии, одно или несколько из которых были в стадии декомпенсации.

При поступлении всем больным с кровотечением осуществлялся эндоскопический гемостаз с назначением антисекреторной терапии блокаторами H<sub>2</sub>-рецепторов либо протонной помпы. При угрозе рецидива ЖКК на фоне тяжелой кровопотери либо остановленного активного кровотечения в момент исследования выполнялась динамическая ЭГДС на 2-3-5-10 сутки с профилактикой гемостаза. Рецидивы кровотечения наблюдались у 11 больных с язвами желудка имеющими размеры более 1,5 см, чаще с множественными язвами желудка. У половины из них рецидив ЖКК наблюдался на 2-3 сутки после эндоскопического гемостаза, у остальных на 7-10 сутки на фоне консервативного лечения. При рецидивах кровотечения в поздние сроки наблюдалось нарастание декомпенсации сопутствующей патологии препятствующее эпителизации язв. Оперировано 3 больных по поводу неоднократного рецидива кровотечения из острых язв, умерло 2 больных. Объем операции был минимален, прошивание кровотокающей язвы. Консервативно лечился 71 больной с ЖКК, семь из них с рецидивом, умерло на консервативном лечении 2 больных. Причиной смерти у был рецидив ЖКК и нарастание полиорганной недостаточности.

Выводы. Таким образом, в лечении кровотечений из острых язв желудка и 12 п.к. основным методом гемостаза является эндоскопический, с коррекцией сопутствующей патологии и устранением внутрижелудочных факторов агрессии.

### **ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ – КАК ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Бойназаров М.Э., Чориев Ф.Ф.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Актуальность. Актуальность проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж, особенно осложненные острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) обусловлена большим количеством рецидивов, которые встречаются в 10-60%, а по данным некоторых авторов – в 85% наблюдений (А.Г.Кригер с соавт., 2001; Г.А.Баранов с соавт., 2006; К.М.Курбонов с соавт., 2006; Miller, 2003). Количество больных с острой спаечной кишечной непроходимостью составляют 3,5% общего числа хирургических пациентов в стационаре (А.Л.Гуща с соавт., 1991). В этих ситуациях лечение больных с конгломератными формами спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке становится сложной и трудоемкой проблемой для хирургов. Послеоперационная летальность, несмотря на совершенствование методик хирургического лечения, составляет при острой спаечной кишечной непроходимости, особенно ранней, 13-60% (А.С.Ермолов, 2006; Thomas, 2000). Примерно у 20% больных возникают раневые осложнения, в основном скопления серозно-лимфатической жидкости, требующие длительного дренирования и пункций. Это приводит к более продолжительной госпитализации и полной реабилитации больных (Юрасов А.В., 2002). Летальность после грыжесечений при больших и гигантских грыжах осложненных ОКН варьирует 12-21% (Калиш Ю.И. с соавт., 2012).

Цель исследования: изучить ближайшие и отдаленные результаты пластики брюшной стенки у больных с ущемленными послеоперационными грыжами осложненными ОКН.

Материалы и методы. Нами были оперированы 201 пациентов с ущемленными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки осложненными ОКН. Больные были подразделены на 2 группы: основная группа (n=96), оперированная с использованием сетчатых эндопротезов и группа сравнения (n=105), в которой операции выполнены аутопластическим способом после ликвидации ОКН.

По ряду признаков, отражающих тяжесть исходного состояния (вес, ИМТ, площадь грыжевых ворот, величина грыжи, сроки грыженосительства, физическое состояние по ASA классификации), основная группа оказалась сложнее группы сравнения. В работе пользовались классификацией Chevrel J.P., Rath A.M. (SWR-classification).

Результаты. В 7 (3,5%) случаях произведено висцеролиз – рассечение и разделение спаек, устранение перегибов кишки в виде «двустволки», деформации кишечника. Резекция тонкой кишки с энтероэнтероанастомозом «конец в конец» выполнялась 13 (6,5%) больным. Среди оперированных больных у 21 (21,9%) пациентов основной группы, перенесших аллопластику, и у 27 (25,7%) пациентов группы сравнения, перенесших аутопластику, в ближайшем послеоперационном периоде возникли ранние местные послеоперационные осложнения ( $p>0,05$ ), такие как серома (8,3 и 14,2% соответственно по группам), гематома (4,2 и 11,4%), краевой некроз (5,2 и 13,3%), инфильтраты (10,4 и 15,2%), нагноение раны (4,2 и 14,2%), поверхностный абсцесс (не наблюдался и 7,6%), расхождение краев раны (4,2 и 13,3%) и псевдокиста после длительной серомы (4,2 и 10,5%). У 5 больных основной группы и у 16 – группы сравнения отмечено сочетание двух местных осложнений.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены путем непосредственного осмотра 87,5% больных (84 из 96) основной группы и 88,6% больных (93 из 105) – группы сравнения, в сроки от 1 года до 7 лет после операций.

Среди осмотренных пациентов рецидив грыжи возник в 2 (2,4%) наблюдениях основной группы пациентов и в 18 (19,4%) наблюдениях у пациентов группы сравнения ( $p<0,0001$ ). Среди пациентов с рецидивными грыжами сочетанное наличие лигатурного свища отмечена в 3 (3,6%) наблюдениях в основной группе и в 8 (8,6%) случаях группе сравнения ( $p<0,05$ ). Невралгия отмечена по 1 наблюдению в каждой группе ( $p>0,05$ ).

После пластики с использованием сетчатых эндопротезов полностью излечено 97,9% больных.

Выводы. Острая спаечная кишечная непроходимость является одной из ведущих причин ущемленных вентральных послеоперационных грыж. Ранняя диагностика и своевременная операция с последующей эндопротезированием передней брюшной стенки способствует снижению рецидива грыж и различных послеоперационных осложнений.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Норов М.Ч., Сагторов А.Х., Нормаматов Б.П., Бойназаров М.Э.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.**

Цель работы выработать оптимальную тактику диагностики и лечения повреждений кишечника.

Материал и методы. За период с 2021 по 2024 годы в Самаркандском филиале РНЦЭМП оперировано 132 больных с различными повреждениями кишечника. Мужчин было 103 (78,1%), женщин – 29 (21,9%). У 72 (54,7%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишок, а у 60 (45,3%) – повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Результаты. Правильный дооперационный диагноз повреждения кишечника или сочетанных повреждений кишечника и других органов брюшной полости был установлен у 103 (78,1%) из 132. В сомнительных случаях широко пользовались лапароцентезом и лапароскопией, чувствительность которой составила 95-97%. Всех больных с повреждениями живота обязательно госпитализировали.

Предоперационная подготовка должна быть кратковременной (не более 1-2 часов) и интенсивной. У тяжелых больных с разлитым перитонитом она может продолжаться до 4-6 часов и должна быть направлена на восстановление макро- и микрогемодинамики. Однако при сочетанных повреждениях кишечника и печени или селезенки операция оказывается наиболее эффективным методом борьбы с шоком и перитонитом. Оперировали под комбинированной анестезией с искусственной вентиляцией легких. Методом выбора считаем срединную лапаротомию. После лапаротомии особое внимание уделяем обследованию органов брюшной полости, проводя его в определенной последовательности. При наличии крови в брюшной полости, в первую очередь, находили источник кровотечения и останавливали его. Чаще всего повреждение кишки обнаруживали сразу. В 73 (55,5%) случаях повреждения тонкой кишки были множественными, поэтому хирурги не должны удовлетворяться находкой одного повреждения и тщательно осмотреть весь кишечник. Ушивания места разрыва тонкой кишки выполнено у 118 (89,1%). Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см сделана у 14 пациентов (10,9%). На заключительном этапе операции проводили тщательный туалет брюшной полости и назоинтестинальная интубация кишечника. Дренажи оставляли по показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяли профилактике и лечению перитонита.

Летальность составила 10,9% (29 сл.). Причиной смерти у больных были: множественные и сочетанные повреждения (черепа, груди), прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, а также пневмония.

Выводы. Постоянный ретроспективный анализ результатов лечения, аутопсии и судебно-медицинских экспертиз позволит снизить летальность при травмах живота с повреждением кишечника.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

**Норов М.Ч., Сатторов А.Х., Исломов Н.К., Чориев Ф.Ф.**  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к числу одних из самых распространенных заболеваний пищеварительного тракта (Роговченко Г.А. с соавт., 2006). От 2 до 5% взрослого населения всего мира страдают язвенной болезнью и около 10% имеют предрасположенность к ней. Соотношение мужчин и женщин, больных язвенной болезнью, равно 4:1, и среди причин смерти взрослого населения эта патология составляет 1% (Коваль А.М. с соавт., 2006). Наряду с неуклонным увеличением частоты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, отмечается стремительный рост числа операций, выполняемых по неотложным показаниям у больных с осложненными формами болезни (Гуляев А.А. с соавт., 2005).

Опасность перфорации гастродуоденальных язв подтверждается высокой послеоперационной летальностью – 2,17-17,9% (Lee F.Y. et al., 2001). Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте, но в основном встречается в 20-40 лет. Для молодых людей характерна перфорация язв, локализующихся в двенадцатиперстной кишке (85%), для пожилых – в желудке (Савельев В.С. с соавт., 2004).

Среди факторов, провоцирующих прободение язв, указываются можно назвать переполнение желудка едой, погрешности в диете и прием алкоголя, физическое напряжение, сопровождающееся повышением внутрижелудочного давления (Савельев В.С. с соавт., 2004).

Несмотря на определенные успехи в лечении перитонита, смертность, сделав временную уступку хирургам, остается недопустимо высокой и держится на уровне от 13,8% (Луцкевич О.Э. с соавт., 1990) до 47% (Шуркалин Б.К., 2000). Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных видеолaparоскопических методов лечения даст все основания надеяться на улучшение результатов. Однако, большинство хирургов относится к активному применению видеолaparоскопических технологий в лечении этого осложнения осторожно, так как до конца неизвестны возможности видеолaparоскопической санации брюшной полости при перитоните различной этиологии и распространенности.

Цель работы. Оценить возможность и эффективность применения, обосновать методику эндовидеохирургических операций в лечении больных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Лапароскопическая операция ушивания перфоративных язв выполнена у 134 пациентов (82 мужчин и 52 женщин) в возрасте от 18 до 80 лет. При диагностической лапароскопии устанавливался диагноз с определением возможности ушивания перфорации с использованием эндовидеохирургической технологии. Ушивание производилось с помощью двухрядного шва рассасывающим материалом с последующим укреплением линии швов пряжью большого сальника на ножке. Герметичность швов оценивалась пробой с раздуванием желудка через назогастральный зонд. Осуществлялась тщательная санация брюшной полости с

помощью лаважа антисептическими растворами. Операция завершалась дренированием брюшной полости с использованием 2-4 дренажей.

Результаты. При операции ограниченный перитонит обнаружен у 22 (16,4%) больных, распространенный перитонит имел место у 112 (83,6%) больных. Техника лапароскопического ушивания перфоративной язвы не представляется очень сложной. Ушивание следует производить атравматичным шовным материалом, подбирая размер иглы, соответствующий диаметру перфоративного отверстия. Узлы завязываются интракорпорально. Трудности ушивания могут быть обусловлены локализацией перфоративного отверстия. Наиболее просто оно осуществляется при локализации язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки или желудка. При этом удается надежно на достаточном расстоянии от краев перфоративного отверстия наложить швы без натяжения. Если имеются сомнения в надежности швов можно применить ряд мер, направленных на их устранение. В частности, целесообразно использование биологической тампонады перфоративного отверстия сальником. При расположении перфоративного отверстия у малой кривизны наложение эндошвов затруднено из-за ограниченной подвижности стенок. Если перфоративное отверстие находится на самой малой кривизне, следует отказаться от лапароскопического ушивания (4 случая конверсий из 67).

В послеоперационном периоде больных проводили антибактериальную терапию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-14 часов, после ультразвукового исследования. В первые сутки после операции все больные не испытывали выраженных болей и могли ходить в пределах хирургического отделения. Осложнений и летальности во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Средний койко/день - 6.

Заключение. Наше исследование показало, что при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки ушивание и видеолапароскопическая последовательная санация брюшной полости обеспечивает благоприятный послеоперационный период.

## **РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭВЕНТРАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

**Норов М.Ч., Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Чориев Ф.Ф.  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в течение 2010-2024 гг. лапаротомия выполнена у 1164 пострадавших с открытыми и закрытыми повреждениями живота. У 110 пострадавшего после операции возникли осложнения, потребовавшие релапаротомии (РЛ). ПЭ возникла у 15 (13,1%) пациентов, у которых выполнили РЛ (открытая травма была у 9, закрытая — у 6). Среди пострадавших с ПЭ - 14 мужчин и 1 женщина. В возрасте от 20 до 30 лет было 6, от 31 года до 20 лет - 5, от 41 года до 50 лет - 4, от 51 года до 60 лет - 3, от 61 года до 64 лет - 2 больных.

Результаты. У всех пострадавших в результате травмы в брюшную полость излилось от 0,5 до 2 л крови. У 10 (68,9%) пострадавших перед ПЭ выявлены гипопротеинемия, А/Г меньше единицы. В 8 наблюдениях содержание общего белка было ниже 60 г/л, в 5 - ниже 50 г/л.

У 9 (62%) пострадавших ПЭ возникла до заживления операционной раны и снятия швов (до 9-х суток). У 3 из них причиной ПЭ явились дефекты техники

наложения швов. У 12 пострадавших ПЭ произошла на фоне гипопроотеинемии. У 1 больного ПЭ возникла на фоне острой механической непроходимости кишечника. У 6 (38%) пациентов эвентрация развилась через 9-14 сут после операции. У 5 пострадавших острая бронхопневмония сопровождалась сильным кашлем. У 6 больных ПЭ возникла вследствие физической нагрузки при расширении двигательного режима, обычно в день снятия швов или на следующие сутки после него. Среди них старше 55 лет были 5 больных.

В зависимости от причины ПЭ санацию брюшной полости и ее дренирование, зашивание раны брюшной стенки выполнили у 9 больных, зашивание раны - у 19, рассечение спаек, санацию брюшной полости, зашивание раны - у 1. Ревизию брюшной полости производили только при наличии в ней серозного или гнойного выпота. Если его не было, выпавшие петли тонкой кишки или большой сальник обрабатывали раствором фурацилина и вправляли их. Предварительно в брыжейку тонкой кишки вводили 80-100 мл 0,25% раствора новокаина. Рану зашивали через все слои, кроме брюшины.

Швы разошлись повторно у 1 пострадавшего в связи с нагноением операционной раны и трудно купируемой гипопроотеинемией. Умерли 4 (13,8%) пациента через 2-6 сут после РЛ. Причиной смерти во всех наблюдениях был перитонит.

Выводы. Среди послеоперационных осложнений, требующих РЛ при повреждениях живота, частота эвентрации составляет 13,1%, а летальность при ней - 13,8%.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ТРОМБОЗЕ ЛЕВОГО ПРАДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Норова Г.Ш., Шамсиев К.Ю., Хамрашаев Б.Б.  
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан**

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП) является самым частым нарушением ритма сердца. Распространенность в популяции составляет 1–2 %, а в популяции лиц старше 80 лет (15%). У пациентов с ФП риск развития ишемического инсульта в 3–6 раз выше по сравнению с таковыми в общей популяции. Кроме того риск возникновения инсульта не зависит от формы ФП. При пароксизмальной, персистирующей и постоянной форма ФП риск одинаков. Современные клинические рекомендации по ведению пациентов с ФП рекомендуют длительное антикоагулянтное лечение для профилактики инсульта. Тромбоэмболические заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности в развитых странах мира.

Цель исследования: Клинические наблюдения пациентов с лизисом тромбов в ушке левого предсердия на фоне антикоагулянтной терапии и целесообразность проведения чреспищеводной эхокардиографии перед выполнением кардиоверсии или катетерной изоляции устьев легочных вен у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: В исследование включены 28 пациентов с неклапанной формой ФП. Все больные до госпитализации принимали антикоагулянты ривароксабан в дозе 20 мг в сутки. Всем больным перед планируемым проведением абляции или электроимпульсной терапии с целью исключения тромбоза ЛП выполнялась ЧП ЭхоКГ. Тромбоз ушка ЛП выявлен у 8 (4,0%) пациентов, в том числе у 3 больных с риском по шкале CHA2 DS2 -VASc, составлявшим 4 балл. Учитывая высокий риск тромбоэмболических осложнений, катетерная абляция с ФП больным не проведена.

Пациенты выписаны из стационара. При выписке рекомендовано прием прямого ингибитора тромбина - дабигатрана ( Прадакса 150 мг в суточной дозе 300 мг.

Результаты исследования: Через 3 месяца на фоне постоянного приема дабигатрана по результатам контрольной ЧП ЭхоКГ признаков тромбоза ушек предсердий не выявлено. Учитывая сохраняющиеся частые приступы сердцебиений, не эффективность антиаритмической и пульс урежающей терапии, пациентам проведена операция - радиочастотная изоляция устьев легочных вен с положительным эффектом. В течение минимум 8 недель наблюдения после операции пациенты продолжали прием дабигатрана и антиаритмические препараты. Рецидивов ФП, тромбоэмболических осложнений, кровотечений не отмечалось.

Выводы: Таким образом, представленные клинические наблюдения демонстрируют возможность формирования тромба в ЛП при адекватной терапии НОАК, а также различную эффективность дабигатрана и ривароксабана у отдельных пациентов. При обнаружении тромба в ЛП на фоне одного препарата целесообразна замена его на другой с возможным последующим растворением тромба и выполнением катетерной аблации или электрокардиоверсии.

## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА БАЗЕ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ ГОРОДА ОШ**

**Нурбек кызы А., Шатманов С.Т.  
Ошский государственный университет**

Актуальность. В наше время заместительная почечная терапия (ЗПТ) является основным решением для больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Почки являются жизненно-важными органами наряду с мозгом, сердцем, печенью и играют важную роль в поддержании гомеостаза, выведении жидкости, избавляют организм от продуктов метаболизма, основными из которых являются креатинин, мочевина и остаточный азот. Гемодиализ спасает пациентов, заменяя функцию почек, но при этом пациенты становятся прикованными к этой процедуре, и тут появляется вопрос, как она влияет на здоровье и продолжительность жизни больных.

В Кыргызстане под конец 2023 года было зарегистрировано 2604 больных с ХПН терминальной стадии, получающих заместительную терапию. С 2021 на 2023 год количество больных на программный гемодиализ увеличилось, но за последние полгода уменьшилось на 124 человек, что связано в основном с фатальным исходом. Выживаемость больных сильно варьирует из-за отличия основного заболевания и начала ЗПТ в разные периоды развития патологического процесса.

Цель исследования. Определить среднюю продолжительность жизни гемодиализных больных и выявить основную причину летального исхода на базе частной клиники города Ош.

Материалы и методы исследования. Были взяты 100 информационных писем посмертного эпикриза больных с ХПН за периоды с 2016 по март 2024 года из одного из гемодиализных центров города Ош. Из 100 больных 54% были женского пола, а 46% - мужского. Возраст на момент смерти варьировал у больных от 23 до 83, средний возраст составил 53,5 года. Был проведён статистический анализ на определение основного заболевания, которое привело к развитию ХПН и выявление основных причин смерти, также был сделан расчёт продолжительности жизни больных от начала

получения программного гемодиализа до их гибели. Для статистического преобразования результатов использовали Microsoft Excel.

Результаты исследования. Существует большинство болезней или предрасполагающих факторов, приводящие к дисфункции почек и развитию ХПН, что и подтверждают выявленные нами основные заболевания умерших пациентов. Так, у 59% как основное заболевание был сахарный диабет 2 типа с поражением почек, у 14% - хронический гломерулонефрит, у 10% - хронический пиелонефрит, у 10% - гипертоническая болезнь III стадии с очень высокой группой риска, у 2% - поликистоз почек, у 1% - сахарный диабет 1 типа, у 1% - амилоидоз почек, у 1% - мочекаменная болезнь с камнями в обоих почках, у 1% - множественная миелома диффузно-очаговой формы, у 1% - врожденная аномалия развития почек в виде аплазии левой почки.

Продолжительность жизни у большинства больных, к сожалению, составил не более 1,5 года, что может быть связано с далеко зашедшим течением основного заболевания, с запущенностью повреждения почек и поздним началом заместительной терапии. Из 100 больных выживаемость от начала гемодиализа у 22% составил менее 6 месяцев, у 33% - от 6 до 12 месяцев, у 16% - от 12 до 18 месяцев, у 12% - от 18 до 25 месяцев, у 5% - от 25 до 30 месяцев, у 6% - от 30 до 40 месяцев, у 6% - от 48 до 88 месяцев.

Анализ причин смертей был сделан на основе информационных писем, вскрытия не было, так как из-за религиозных взглядов родственники всех этих 100 больных категорически отказались от вскрытия. Предполагаемые причины смерти включали: нарастающую острую сердечную недостаточность (ОСН) на фоне острого инфаркта миокарда (ОИМ) у 13% больных; полиорганную недостаточность у 63% больных, из которых: 18% - на фоне декомпенсированного сахарного диабета, 14% - на фоне уремической интоксикации, 3% - на фоне хронического пиелонефрита, 3% - на фоне хронического гломерулонефрита, 1% - на фоне риноцеребрального мукормикоза, осложненный ишемическим инсультом лобной доли правого полушария головного мозга, 2% - на фоне септического состояния организма, 12% - на фоне основного заболевания и интоксикации организма, 10% - на фоне острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и основного заболевания; острую легочно-сердечную недостаточность у 8% больных, из которых: 3% - в результате отека легких на фоне основного заболевания, 4% - в результате тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) на фоне основного заболевания, 1% - в результате развития осложнений перенесенной двусторонней вирусной пневмонии; развитие острого коронарного синдрома на фоне основного заболевания у 2% больных; мозговую кому в результате ОНМК и отека головного мозга у 3%; хроническую сердечную недостаточность у 3%; печеночную и сердечную недостаточность на фоне основного заболевания у 1% больных; дыхательную недостаточность из-за аспирации рвотными массами у 1%; кровотечение из ЖКТ из-за уремической интоксикации у 1% больных; самовольное прекращение гемодиализа у 2%; у 3% больных точно не смогли выяснить предполагаемую причину смерти.

Выводы. В итоге ретроспективного анализа 100 посмертных информационных писем больных с ХПН, получающих гемодиализ, мы выявили, что как основной диагноз у 59% больных составил сахарный диабет 2 типа, на втором месте оказался хронический гломерулонефрит, который составил 14%, а на третьем – хронический пиелонефрит, который составил 10%. Средняя продолжительность жизни составил 10 месяцев, с самым низким значением в 4 дня и с самым высоким значением в 88 месяцев. Основными возможными причинами смерти у большинства больных послужили полиорганная недостаточность, составившая 61%, также у 13% была острая сердечная

недостаточность на фоне ОИМ, а у 8% больных смерть наступила от острой легочно-сердечной недостаточности. Нужно отметить, что до начала ЗПТ больные уже находились в запущенном состоянии и кроме основного заболевания у них имелись сочетанные патологии и вторичные осложнения.

## **ПРИЧЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Нуриддинова Г.Т., Атджанова Ш.Х., Джураева Х.З**  
**Андижанский Государственный медицинский**

Цель исследования: выявить особенности распространения, этиологии, способствующие и приводящие факторы, а также особенности клинического течения ЖДА у детей раннего возраста в регионе Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 195 детей в возрасте в возрасте от 1-го месяца до 3-х лет с железодефицитной анемией, находящихся на амбулаторном лечении. Контрольную группу составили 224 ребенка аналогичного возраста: от 1-го месяца до одного года 111 больных (56,9%), от 1 года до 2-х лет 59 (30,3%); от 2-х до 3-х лет 25 (12,8%).

Диагноз железодефицитной анемии установили на основании следующих критериев: уровень сывороточного железа [1, 2], общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС), коэффициент насыщения трансферрина железом, латентная железосвязывающая способность сыворотки крови (ЛЖСС). При определении степени тяжести ЖДА у обследованных детей соблюдались принципы стандартизации и унификации лабораторных методы исследования дефицита железа [2, 4, 7]. Материал обработан методом вариационной статистики на персональном компьютере «Samsung G S P 830» на программе Microsoft office X P (Excel 2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных нами больных с легкой степенью анемии (уровень гемоглобина 110-90 г/л) было 104 ребенка, со средней тяжестью (уровень гемоглобина 90-70 г/л) – 70 детей, а тяжелая степень анемии (уровень гемоглобина ниже 70 г/л) диагностирована была у 21 ребенка. У 91 ребенка наблюдалась анемия тяжелой и средней степени тяжести (47,7%), а анемия легкой степени констатирована у 104 детей (53,3%). Следует отметить, что из 91 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преимущественно составляют дети в возрасте до 1 года 79 детей, 18 детей с тяжелой формой анемии и у 61 ребенка диагностирована среднетяжелая форма заболевания.

Среди обследованных больных у 21 ребенка диагностирована тяжелая форма заболевания (концентрация гемоглобина ниже 70 г/л), у 70 детей – анемия средней тяжести (уровень гемоглобина был в пределах 90-70 г/л), у остальных детей (104) – анемия легкой степени.

Учитывая возможное участие в патогенезе гипосидероза эндогенных факторов, а именно – недостаточное поступление железа и его депонирование в организме плода в антенатальном периоде у 193 матерей был тщательно изучен анамнез, в результате

чего выявлены у них частые беременности; у 87 женщин во II половине беременности наблюдались длительные токсикозы. По данным анамнеза 152 женщины во время беременности страдали гипохромной анемией, у 96 были выявлены хронические очаги инфекции. Среди сопутствующих заболеваний отмечались также ревматизм, аднексит, гастрит, язвенная болезнь желудка, холецистит. У 87 женщин беременность протекала с осложнениями и характеризовалась угрозой её прерывания.

Важным обстоятельством, подтверждающим дефицит железа у матерей и малое его поступление в организм плода, явились погрешности в режиме питания в виде сухоядения, преобладание в рационе молочно-растительной, мучной пищи, почти полное отсутствие в рационе мясных блюд.

В таблице 1 представлены данные о степени тяжести анемии у детей с учетом этиологических факторов у матери.

Среди факторов, оказывающих влияние на развитие анемии у детей, преимущественное большинство составляет отягощенный анамнез матери, анемия, несбалансированное питание до и во время беременности. Также выявляется большее количество детей из числа обследованных от матерей с анемией, где имело место нарушение питания.

Как видно у детей до 1-го года основными факторами развития железодефицитной анемии были нарушения режима, характера вскармливания, преморбидный фон в виде рахита, гипотрофии, аномалии конституции. Корреляции между степенью тяжести и этиологическими факторами не отмечено, по-видимому, имеет значение не только характер фактора, но и продолжительность его воздействия. Среди сопутствующих заболеваний, на фоне которых развивалась анемия, отмечались: рахит – у 89 (45,6%) детей, гипотрофия – у 46 (23,6%), диспепсические расстройства – у 18 (9,0%) детей. У 21 (10,7%) ребенка диагностирована экссудативно-катаральная аномалия конституции. Нами было обращено внимание на высокий уровень заболеваемости и большой удельный вес часто болеющих среди анемичных детей. Так, у 82 (42%) детей с анемией была диагностирована респираторная патология, кишечная инфекция – у 48 (24,6%), воспаление среднего уха – у 33 (16,9%), дискинезия желчных путей у 18 (9,0%), то есть практически у всех обследованных детей наблюдалось то или иное заболевание. Кроме того, у 93 детей от 4-х до 5 раз и чаще наблюдалась повторная респираторная инфекция, у 17 – кишечная инфекция.

Нами было выявлено, что выраженность клинических симптомов имеет прямую зависимость от степени тяжести ЖДА у детей: чем тяжелее протекает анемия, тем выраженные проявляются клинические признаки дефицита железа.

Выводы.

1. Факторы, действующие в антенатальном периоде, являются основными причинами недостаточного поступления железа от матери, которые в дальнейшем приводят к дефициту эндогенного железа и возникновению анемии у детей раннего возраста.
2. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 1-го года, а причинами ее развития во всех изучаемых группах является эндогенный и экзогенный дефицит железа, вызванный различными

факторами на фоне сопутствующих заболеваний (рахит, экссудативный катаральный диатез, гипотрофия).

### **ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТЯЖЕСТЯМИ TORCH-ИНФЕКЦИИ У ИХ МАТЕРЕЙ.**

**Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Абдукадирова У.А.  
Андижанский Государственный Медицинский институт**

Для выполнения поставленных цели и задач нами комплексно обследованы 76 новорожденных детей с внутриутробными инфекциями, которые были разделены на 3 группы: 1-я - 20 доношенных и 2-я –16 недоношенных детей в срок гестации 32-36 недель. Контрольную группу составили 40 новорожденных: из них 20 здоровых доношенных и 20 недоношенных новорожденных.

Для выявления факторов риска внутриутробного инфицирования новорожденных и прогностической значимости проведена выработка данных из историй родов.

Материал и методы исследования служили периферическая венозная и капиллярная кровь, взятые в утренние часы до кормления, перед проведением лечебных процедур с согласия матери.

Для оценки состояния здоровья детей при рождении применяли общепринятые клинические методы исследования. Оценка состояния детей после рождения проводилась с использованием шкалы Апгар на 1 и 5-х минутах жизни. Физическое развитие ребенка определялось по массе тела, росту, массо-ростовому коэффициенту, которые сопоставлялись с данными таблиц центильного типа Г.М. Дементьевой и Е.В. Короткой (1980).

Клинические проявления обследованных детей

При рождении у недоношенных детей чаще в сравнении с группой контроля отмечались симптомы дезадаптации: бледность кожных покровов, дыхательные нарушения, сердечнососудистые нарушения на фоне морфофункциональной незрелости. Анализ особенностей течения раннего неонатального периода показал, что для недоношенных с ВУИ характерно рождение в тяжелом состоянии: оценка по шкале Апгар ниже шести баллов была у 11 детей основной группы (68,7%), что потребовало проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, в группе контроля процент детей с оценкой по шкале Апгар ниже шести баллов был также высокий - 65 % (у 13 недоношенного). В обеих группах наибольшее число больных с низкой оценкой по Апгар на первой и пятой минутах было в группах детей с гестационным возрастом 28 и менее недель гестации. В группе сравнения число детей, родившихся в тяжелом состоянии, было: с оценкой по шкале Апгар на первой минуте менее 6 баллов родилось 8 детей (50%); средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте составила  $5,74 \pm 2,66$  балла; средняя оценка по шкале Апгар на пятой минуте составила  $7,15 \pm 1,79$  балла. На пятой минуте число детей с оценкой по шкале Апгар менее 6 баллов снизилось вдвое и составило 23,1%.

Для 38,6% (7 ребенок) недоношенных детей основной группы и 25,0% (15 детей) контрольной группы было характерно нарушение периода адаптации за счет развития синдрома дыхательных расстройств I типа, а у детей основной группы у 57,6% детей за счет дыхательных нарушений, обусловленных внутриутробной пневмонией, ранним

началом желтухи, протекавшей с высоким уровнем билирубина, снижение которого в динамике происходило медленнее, чем у детей контрольной группы.

У 3 детей основной группы (8,0 %) ВУИ носила генерализованный характер. Тяжесть состояния коррелировала с гестационным возрастом. Однако в процессе статистической обработки достоверных отличий в тяжести состояния в различных группах установлено не было, что объясняется наличием сопутствующей патологии - перинатального повреждения ЦНС на фоне морфофункциональной незрелости. Данное обстоятельство весьма затрудняет диагностику внутриутробных инфекций. В группе контроля также состояние детей расценивалось как тяжелое и среднетяжелое, примерно в равных соотношениях (8,3% и 5,7%, соответственно).

Среди детей всех групп был высокий процент детей с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) - соответственно у 5 детей основной группы (13,8%), что статистически значимо выше чем у недоношенных без ВУИ - 14 (23,3%)  $P < 0,04$ , у 2 недоношенных группы контроля (12,5%). В основной группе отмечен высокий уровень стигматизации - 42,2%, наличия малых аномалий развития (МАРС: косые хорды в полостях желудочков сердца, со стороны ЖКТ - перегибы и перетяжки желчного пузыря и так далее). У недоношенных основной группы был выявлен большой процент детей с врожденными пороками развития - у 15,2 % детей (таблица 5).

Таблица 1

Характеристика обследованных детей.

Показатели	Основная группа						Группа контроля (n=20)		Группа сравнения (n=20)	
	Доношенные дети (n=20)		Недоношенные дети (n=16)		Всего 36					
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	9	45	6	37,5	15	41,6	11	55	12	60
Девочки	11	55	10	62,5	21	58	9	45	8	40
Гестационный возраст (M±m) (в неделях)	38,5±1,99 min - 37 max - 38.5		30,86 ±1,42 min - 29 max - 32		34,57 ±1,28 min - 33 max - 36		min - 24 max - 36		38,65±1,99 min - 37 max - 40	
Масса при рождении (M±m) (гр)	2820,0 ±197,4 min - 1630 max - 3010		1474,0 ±211,98 min - 900 max - 1900		2219,0 ±281,01 min - 1930 max - 2500		2380,0±198,01 min - 1900 max - 2500		min - 790 max - 2580	

Основная группа (ОГ). Критерии включения в исследование:

основной клинический диагноз - внутриутробная инфекция (ВУИ), подтвержденная лабораторными методами исследования (ПЦР, ИФА, бактериологическими методами)

поступление в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ) и отделение патологии новорожденных в раннем неонатальном периоде (первые 7 суток жизни)

гестационный возраст менее 37 недель

масса тела 2500 и менее гр

в группу включены выжившие дети в периоде новорожденности

Общее число детей основной группы - 36. Из них мальчиков - 15 (41,66%), девочек - 21 (58,0%).

Дети с ГВ до 28 недель составили 25 % (33 недоношенных), средняя масса тела при рождении -  $936,0 \pm 73,68$  (M $\pm$ t); дети с гестационным возрастом при рождении 29 - 32 недели составили- 34,8 % (46 детей), средняя масса тела  $1474 \pm 211,98$ г (M $\pm$ t); дети с ГВ при рождении 32 и более недель составили 40,2 % (53 ребенка), средняя масса тела составила -  $2219,0 \pm 281,01$  г (M $\pm$ m), min- 1930г, max- 2500 г.

Обследование, наблюдение и реабилитация детей проводились на базе отделения второго этапа выхаживании недоношенных и новорожденных городской детской больницы.

Группу сравнения составили доношенные новорожденные с ВУИ - 20 детей, среди них 9 мальчиков и 11 девочек, недоношенных 16 из них 6 мальчиков и 10 девочек. Группу контроля составили доношенные и недоношенные дети без клинико-лабораторных признаков ВУИ, находящиеся в отделении для обследования и выхаживания в связи с низкой массой тела - 20 недоношенных, из них 20 мальчика, 20 девочек (таблица 2).

Таблица 2.

Характеристика группы контроля первого этапа исследования

Показатели	КГ доношенных детей(n=20)		КГ недоношенных детей(n=20)	
	абс	%	абс	%
Число детей	11	55	12	60
мальчики	9	45	8	40
- девочки	36		37	
Гестацион возраст	min - 24 max - 36		38,65 $\pm$ 1,99 min - 37 max - 40	
Массатела при рождении (M $\pm$ m) (гр)	2380,0 $\pm$ 198,01 min - 1900 max - 2500		min - 790 max - 2580	

## **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

**Нуриртинова Г.Т., Атаджанова Ш.Х., Солиева М.О.**  
**Андижанский Государственный медицинский институт**

Целью данной работы явилось изучение нервно-психическое развитие детей с перинатальным поражением ЦНС средней степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 новорожденных от 0 до 3 лет. Из них основная группа 40 и контрольная группа 20 детей (здоровые новорожденные). Неврологическое обследование проводилось в отделение патологии речи в г. Андижане детской клинической городской больницы. Возраст детей при первичном обследовании составил от 0 – до 3 лет, распределение по возрастным группам обследованных детей составлял от 0 – одного месяце, от 3 месяце, от 3 мес. до 1-х года, и от 1-х до -3 лет (37,81% и 26,83%, соответственно). Средний возраст первичного обследования был сопоставим во всех трех группах.

По показаниям проводились нейросонография (Алоса SSD-3500 SV) головного мозга. Материал обработан непараметрическим способом – точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием ( $\phi$ ) для относительных величин на программе MicrosoftExcel (2003).

Результаты исследования и их обсуждение.

Наблюдаемые нами дети были разделены на клинические группы в соответствии со степенью тяжести поражения ЦНС и степенью нарушения периода ранней постнатальной адаптации.

В I группу вошло 26 детей (43,33% от общего числа обследованных), родившихся в срок или с минимальной степенью недоношенности (37 нед.), период новорожденности которых протекал относительно благополучно. Состояние при рождении и в периоде ранней постнатальной адаптации было расценено как удовлетворительное, что позволило всех их выписать из родильного дома на 5-8 сутки жизни домой. При катамнестическом наблюдении за данной группой детей уже в течение первых 2-х месяцев жизни, в результате клинического осмотра и ультразвукового исследования головного мозга, у них были выявлены стойкие отклонения в неврологическом статусе. группу составили 18 детей (30,0% от общего количества) с гестационным возрастом от 29 до 41 недели. Данные анамнеза, клинического наблюдения и результатов инструментального обследования в периоде новорожденного свидетельствовали о перенесенном перинатальном поражении ЦНС средней степени тяжести. Период ранней постнатальной адаптации был осложнен за счет соматической патологии и неврологической симптоматики, что потребовало проведения реанимационных мероприятий и интенсивной посиндромной терапии большинству детей - 22 (84,61%) и перевода из родильного дома в отделение реанимации и, в дальнейшем, патологию новорожденных.

Наши исследования показали, что динамика анализ комплексного клинического обследования 40 детей в возрасте от 0 до 3-х лет показали, что только 10 из них (12,2%) были признаны здоровыми и не имели нарушений ни в неврологическом, ни в психическом статусе. У подавляющего же большинства обследованных детей (87,2%) были выявлены отклонения как в неврологическом, так и психическом статусе, причем, как правило, они носили сочетанный характер.

Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить зависимость между степенью тяжести перенесенной перинатальной церебральной патологии и исходами нервно-психического развития.

Первичное обследование включало проведение клинического неврологического осмотра. Все неврологические синдромы, выявленные на 2-3 году жизни, мы рассматривали как исходы перинатального поражения ЦНС.

Анализ полученных результатов обследования показал, что в спектр выявленных синдромов был достаточно разнообразен. Частота выявленных синдромов у детей, перенесших среднюю степень поражения ЦНС в перинатальном периоде была различной.

В качестве исходов перинатального поражения ЦНС 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.

Особо следует обратить внимание, что у 2-х детей III группы, несмотря на среднюю степень тяжести перинатальное поражение ЦНС, были выявлены тяжелые двигательные нарушения, свидетельствующие об исходе перинатального поражения ЦНС в детский церебральный паралич - гемиплегическую форму.

Достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) у детей III группы (в 38,46% случаев) по сравнению с I и II, отмечалась рассеянная очаговая микросимптоматика в виде асимметрии носогубных складок, девиации языка, сходящегося косоглазия, недостаточной конвергенции взора.

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. Частота судорожного синдрома была сопоставима с частотой при перинатальном поражении ЦНС средней степени и осложненным течением периода ранней постнатальной адаптации.

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-anamnestических 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.

Однако, в силу своей «легкости» данным нарушениям уделяется, как правило, недостаточно внимания, как со стороны врачей, так и родителей, и со временем эти нарушения под влиянием различных факторов приобретают прогрессивный характер течения, хотя эта группа детей доступна эффективной реабилитации в большей степени, чем более грубые формы патологии.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛ-АССОЦИИРОВАННЫХ ОСТРЫХ ДЕКОМПЕНСАЦИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

**Т.С.Нурматова, М.М.Ортиков., Б.У.Усмонов .  
Наманганский и Андижанский филиал РНЦЭМП**

**Цель:** изучение распространенности алкогол-ассоциированных острых декомпенсаций хронической сердечной недостаточности (Аа ОДХСН) среди пациентов мужского и женского пола различных возрастных групп.

**Материал и методы:** в г. Андижане было проведено регистрационно-наблюдательное исследование среди пациентов, обратившихся в АФ РНЦЭМП МЗ РУз. Было обследовано 861 больных, страдающих различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Аа ОДХСН ишли место у 32 пациентов, средний возраст больных составил  $62,1 \pm 7,6$  лет, средняя продолжительность ХСН  $4,3 \pm 2,2$  лет. Диагностика проводилась Аа ОДХСН при одномерной эхокардиографии путём определения диастолических и систолических размеров левого желудочка, конечного диастолического объема, толщины межжелудочковой перегородки, толщины задней

стенки левого желудочка и размера левого предсердия. Систолических расстройств диагностировались при снижении фракции выброса <math>< 50\%</math> по теихольцу.

Результаты. в обследованной группе 50,0% больные имели Аа ОДХСН. В исследуемой группе, пациентов с Аа ОДХСН в возрасте 51-60 лет было-18,8%, в >60 лет-31,3%, а в группе лиц до 4 лет-не было. Преобладали городские жители (34,3%), в основном мужчины (50,0%) и работающие пациенты (25,0%). Основными причинами развития Аа ОДХСН явились: врожденные пороки сердца (40,2%), кардиомиопатии (20,4%), гипертоническая болезнь (12,6%), сахарный диабет (9,3%), аритмии (8,5%) и ХИБС (9,0%). В целом, разные формы ИБС на фоне коморбидности явились наиболее часто встречаемой причиной Аа ОДХСН (39,4%). С возрастом частота выявляемости данной ургентной ситуации на фоне употребления алкоголя увеличивается почти в 2 раза ( $p < 0,01$ ) Из общего числа обследованных больных АГ алкоголь-ассоциированный кризис ее вари, достигая максимума в интервале от 51-60 лет (40%).

Выводы. У пациентов ХСН выявлено повышение доли Аа ОДХСН. Увеличение случаев Аа ОДХСН в большей степени связаны ишемическими и некоронарогенными патологиями, частота ХСН особенно резко выраженной форме возрастает в группах пациентов старше 50 лет.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛ-АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЕ СТАЦИОНАРЫ**

**Т.С.Нурматова , М.М.Ортиков. , Б.У.Усмонов .  
Наманганский и Андижанский филиал РНЦЭМП**

Цель: изучение распространенности алкоголь-среди пациентов, обратившихся в экстренные стационары.

Материалы и методы исследования: в г. Андижане было проведено клинко-регистрационное и скрининговое исследование среди пациентов, обратившихся в экстренные стационары. По результатам исследования у 67,4% пациентов выявлено ААИМ (n=138). Исследуемые были распределены по возрастным группам: до 40 лет, от 41 до 50 лет, от 51 до 60 лет, старше 61 года

Результаты. В исследуемой группе, пациентов с ААИМ в возрасте до 40 лет было 3,6%. Среди пациентов с ААИМ, лица в возрасте от 41 до 50 лет составила 12,3%. Пациентов с ААИМ в возрасте от 51 до 60 лет, в исследуемой группе было 23,1%. Пациенты с ААИМ старше 60 лет составили 28,2%. Среди них преобладали мужчины (65,9%), жители города (47,8%) и работающие лица (63,9%).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ААИМ более, чем в 1,8 раза регистрировался у городских жителей по сравнению со жителями-сельчан ( $p < 0,05$ ). Нами установлено, что ААИМ в 7,8 раз чаще фиксировался у лиц пожилого возраста ( $p > 0,001$ ). ААИМ с высокой степенью достоверности чаще регистрировались у мужчин (в 45,8 раза чаще) по сравнению с ее наличием у мужчин ( $p > 0,0001$ ). Он в 2,3 раза чаще регистрировался у работающих лиц по сравнению с ее частоты у без работных ( $p > 0,01$ ).

Выводы. Была зарегистрирована достаточно высокая распространенность ААИМ и это могут вносить существенный вклад в развитие кардиоваскулярного континуума у данной категории больных экстренного стационара.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ

Обидова Г.А.

Колледж общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сины  
Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить характеристику особенности клинических проявлений респираторных аллергозов у детей раннего возраста получавших противорецидивную терапию и совершенствование первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы исследования. При использовании критериев тяжести респираторных аллергозов среди наблюдаемых детей были выделены группы больных с легким (13 пациентов), среднетяжелым (18 пациентов) и тяжелым (17 пациентов) течением заболевания. Длительность болезни у детей с легким течением респираторных аллергозов колебалась от 1 до 5 лет, у детей со среднетяжелым течением заболевания - от 2 до 10 лет, у детей с тяжелым течением болезни - от 5 до 12 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. У наблюдаемых нами детей с респираторными аллергозами сопутствующий атопический дерматит отмечался в 33,3% случаев. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, микроклещей, эпидермальным, пищевым и лекарственным аллергенам. Течение респираторных аллергозов у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями.

Важное место при респираторных аллергозов у детей занимают гипервентиляционные нарушения, которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. В формировании гипервентиляционных нарушений принимают участие эндогенные и экзогенные факторы, а сама гипервентиляция нередко провоцирует приступы удушья. В развитии бронхообструкции при гипервентиляции большую роль играет снижение температуры и влажности секрета в респираторном тракте, что способствует бронхиальной гиперреактивности. У таких детей наблюдались некоторые особенности течения респираторных аллергозов, часто отмечался затруднение вдоха во время приступа, субъективное ощущение нехватки воздуха, нарушения поведения (тревожность, эмоциональная лабильность), головные боли, сердцебиение, боли в животе во время приступа.

Таким образом, диагноз респираторных аллергозов базируется на проведении дифференциальной диагностики с рядом заболеваний, имеющих схожие клинические проявления, тщательно собранном аллергологическом анамнезе и выявлении причинно-значимых факторов, оценке функции внешнего дыхания.

Вместе с тем, для клинициста чрезвычайно важное значение имеет диагностика сопутствующих аллергических заболеваний у детей с респираторных аллергозов, исследование состояния иммунологической реактивности и функции ряда органов и систем, расстройство деятельности которых способствует формированию болезни и оказывает существенное влияние на ее динамику. Применение диагностического комплекса при респираторных аллергозов позволяет выявить особенности течения и тяжесть болезни у каждого пациента, назначить адекватное лечение в остром периоде заболевания и разработать план противорецидивной терапии.

Мерами первичной профилактики респираторных аллергозов со стороны женщин, имеющих риск развития этого заболевания у ребенка, являются:

1. Соблюдение неспецифической гипоаллергенной диеты беременными женщинами. Необходимо исключить из пищевого рациона продукты, обладающие высокоаллергизирующими свойствами (кофе, какао, шоколад, сгущенное молоко, мед, цитрусовые, гранаты, ананасы, черная смородина, орехи, рыба, икра, крабы).

2. Ограничить употребление беременными женщинами яиц (не более 1 штуки в день), молока и жидких молочных продуктов и творога (не более 150 г в день).

3. Ограничить употребление продуктов, обладающих раздражающим действием на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (пряности, маринады, соленья, копчености, консервы).

Создание гипоаллергенных условий быта.

Назначение и прием лекарственных средств в период беременности и лактации под строгим медицинским контролем с учетом проникающей способности медикаментов через плаценту и в грудное молоко.

Исключение активного и пассивного табакокурения.

При планировании беременности в семьях с максимальным и высоким риском развития респираторных аллергозов и других аллергических заболеваний у ребенка необходимо учитывать, что наиболее благоприятным временем родов является зимний период, так как вероятность развития пыльцевой аллергии повышается у детей, рожденных в весенний и летний периоды, а бытовой аллергии - в летний и осенний периоды.

Мерами первичной профилактики респираторных аллергозов у детей, имеющих наследственное предрасположение к аллергическим заболеваниям, являются:

-Грудное вскармливание.

-Предупреждение острых респираторных вирусных инфекций у ребенка.

-Уменьшение экспозиции ребенка с аэроаллергенами жилищ.

-Уменьшение контакта детей с химическими агентами в быту.

-Прекращение пассивного табакокурения.

-Благополучная экологическая обстановка.

-Использование методов физического оздоровления, закаливание детей.

Целью вторичной профилактики респираторных аллергозов являются предупреждение обострений заболевания, утяжеления его течения, возникновения осложнений, летальных исходов.

Профилактика обострений респираторных аллергозов у детей строится на основе устранения контакта с причинно-значимыми аллергенами и не аллергенными триггерами, а при невозможности полной элиминации на максимальном снижении их воздействия. При этом пациенты и их родители получают советы (в том числе, в виде памяток, буклетов) о мерах по устранению причинно-значимых факторов и контролю за ними.

Причиной обострения респираторных аллергозы может быть вакцинация, проведенная без соблюдения мер предосторожности. Иммунизация детей, страдающих респираторных аллергозов, должна осуществляться на фоне базисного противовоспалительного лечения, и при ее проведении необходимо руководствоваться рекомендациями, разработанными рабочей группой экспертов Национальной программы «Респираторных аллергозов».

Иммунизация проводится детям с легким и среднетяжелым течением респираторных аллергозов, в редких случаях (по строгим эпидемиологическим показаниям) - детям с тяжелым течением болезни (только в условиях стационара).

Выводы. 1. Обеспечение регулярного наблюдения больных. Лечение детей с респираторных аллергозов может быть успешным лишь при динамическом наблюдении, позволяющем оценить адекватность и эффективность проводимой терапии, своевременном внесении в нее соответствующих корректив.

2. Серьезного внимания заслуживает решение вопросов социальной адаптации детей, страдающих респираторных аллергозов. В этом плане индивидуальный подход к реабилитации больного ребенка должен предусматривать наблюдение психолога, консультации социальных работников (изменение жилищно-бытовых условий семьи и др.).

3. Одной из важных мер социальной адаптации является своевременная профессиональная ориентация детей, больных респираторных аллергозов, с участием школьного врача, педагогов и родителей.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Обидова Г.А., Кадирова М.М.**

**Колледж общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сины.  
Андижан, Узбекистан**

**Цель.** Оценка эффективности использования динамической электронеуростимуляции в терапии внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста.

**Методы.** Основную группу составили 45 детей дошкольного возраста с внебольничной пневмонией, в комплексную терапию которых был включён 7-дневный курс динамической электронеуростимуляции. В группе сравнения (55 детей) проводили общепринятое лечение.

**Результаты.** Синдром интоксикации в основной группе у большинства детей купировался уже на  $3,2 \pm 1,1$  день, тогда как в группе сравнения — лишь на  $7,7 \pm 1,4$  день заболевания. На фоне динамической электронеуростимуляции отмечено сокращение длительности респираторного синдрома более чем в 1,5 раза ( $6,8 \pm 1,3$  день), а регресс физикальных изменений в лёгких фиксировали в среднем на  $10,3 \pm 1,4$  день госпитализации, тогда как в группе сравнения — только к концу 2-й недели. Купирование клинических симптомов у детей основной группы характеризовалось достоверным снижением активности воспалительного процесса (лейкоцитоза, нейтрофилёза, палочкоядерного сдвига) по основным параметрам уже к 7-му дню. В основной группе к 7-му дню уровень С-реактивного белка снизился в 7 раз, тогда как в группе сравнения — только в 2,3 раза.

При рентгенографии органов грудной клетки на 7-е сутки полное разрешение воспалительного процесса в лёгких в основной группе зафиксировано у 20 (44,4%) пациентов, в то время как в группе сравнения таких случаев не отмечено. Напротив, случаи отсутствия достоверных рентгенологических изменений в основной группе не зарегистрированы, тогда как в группе сравнения их число составило 25 (45,5%) детей. На 11-й день терапии полное исчезновение инфильтрации выявлено у 43 (95,6%) детей основной группы, тогда как в группе сравнения их число составило 34 (61,8%) человека.

Общепринятая терапия всех обследованных детей включала антибактериальные средства, преимущественно цефалоспорины I и III поколения (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон), при клинической картине пневмонии, вызванной атипичными возбудителями,— макролиды (klarитромицин, азитромицин). Из муколитических средств использовали ингаляции с амброксолом, карбоцистеин и другие средства, по показаниям больным назначали отхаркивающие препараты (микстура с алтея лекарственного корнями, термопсиса ланцетного травой), а при наличии синдрома бронхиальной обструкции в терапию включали бронходилататоры (бромгексин + гвайфенезин + сальбутамол + левоментол, ингаляции с фенотеролом и ипратропия бромидом). Кроме того, широко использовали лечебную физкультуру и массаж грудной клетки.

Эффективность терапии ВП у детей обеих групп оценивали по клиническим параметрам, динамике лабораторных и инструментальных показателей: общего анализа крови, биохимических показателей (С-реактивного белка, щелочной фосфатазы, общего белка, глюкозы, холестерина), сатурации кислорода, рентгенологической картины. Лабораторные исследования проводили в динамике трижды: при поступлении, на 7-е сутки пребывания и при клиническом выздоровлении. На 7-11-е сутки от начала проводимой терапии всем детям осуществляли рентгенологический контроль. Этиологическую структуру ВП расшифровывали методом иммуноферментного анализа с дифференцированной оценкой больных, что отражено в табл. 1. Из бактериальных возбудителей тестировали *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. Оценивая этиологический фактор, можно говорить о том, что выборки обследованных детей были идентичны по спектру возбудителей и близки по их процентному соотношению внутри группы. Следует отметить отсутствие положительных тестов на *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus*.

Преимущества данного метода — тщательная подобранность формы электрического сигнала, напоминающего естественный нейроимпульс, практически полное отсутствие противопоказаний и возрастных ограничений для применения в педиатрической практике.

В курс лечения включали ежедневные сеансы ДЭНС на протяжении 7 дней. Локусами воздействия были яремная ямка, зона VII шейного позвонка, надключичная ямка, заднебоковая поверхность грудной клетки, передняя поверхность грудной клетки. Время воздействия составляло от 15 до 20 мин.

Клинические наблюдения, проведённые у детей основной группы, выявили благоприятное влияние ДЭНС от аппарата «ДЭНАС» на динамику течения воспалительного процесса. Анализ представленных данных показал, что синдром интоксикации в основной группе у большинства детей купировался уже на  $3,2 \pm 1,1$  день, тогда как в группе сравнения — лишь на  $7,7 \pm 1,4$  день заболевания. Кроме этого, при ДЭНС-терапии отмечалось сокращение длительности респираторного синдрома более чем в 1,5 раза ( $6,8 \pm 1,3$  день), а регресс физикальных изменений в лёгких фиксировался в среднем на  $10,3 \pm 1,4$  день госпитализации, тогда как в группе сравнения — только к концу 2-й недели.

Кроме того, нами оценена динамика содержания С-реактивного белка у детей в исследуемых группах. В основной группе на фоне применения ДЭНС-терапии к 7-му дню госпитализации уровень С-реактивного белка снизился в 7 раз, тогда как в группе сравнения — только в 2,3 раза.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что включение динамической электростимуляции в комплексную терапию ускоряет сроки регрессирования клинической симптоматики внебольничной пневмонии у детей

дошкольного возраста, уменьшает медикаментозную нагрузку на ребёнка, сокращает длительность его пребывания в стационаре с  $14,4 \pm 2,1$  до  $10,2 \pm 1,7$  дня.

Безусловные преимущества метода динамической электростимуляции — доступность и безопасность применения, что позволяет рекомендовать её включение в комплексную терапию внебольничной пневмонии в стационарных условиях.

Вывод. Включение динамической электростимуляции в комплексную терапию внебольничной пневмонии у детей способствует уменьшению сроков выздоровления, сокращает длительность их пребывания в стационаре и материальные затраты на лечение.

Всё вышесказанное определило актуальность поиска новых, малоинвазивных и безопасных методов лечения, которые повышают эффективность лечения данного заболевания. Одним из новых подходов к патогенетической терапии ВП, способствующих быстрому разрешению воспалительного процесса в лёгких, следует отнести метод динамической электростимуляции (ДЭНС). ДЭНС — метод рефлекторного воздействия в области проекции нездорового органа, при котором в качестве сигнала используют очень слабый, непроникающий электрический ток, динамически изменяющий свою характеристику в зависимости от результатов мониторинга поверхностного импеданса кожи. В настоящее время накоплен опыт эффективного использования ДЭНС-терапии при различных патологических состояниях у взрослых, однако в педиатрии и, в частности, в детской пульмонологии потенциал клинических возможностей электростимуляции остаётся малоизученным.

В исследование были включены больные с различными клиническими формами ВП в возрасте от 3 до 7 лет (включительно). Критерием исключения было тяжёлое течение пневмонии, так как оно ограничивает проведение физиотерапевтических процедур.

Под наблюдением были 100 детей с ВП в возрасте от 3 до 7 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ОДММЙ г. Андижане, из которых 45 получали ДЭНС (основная группа), а 55 пациентов вошли группу сравнения. Состояние всех пациентов при поступлении оценено как среднетяжёлое: зарегистрированы признаки интоксикации и респираторного синдрома. Физикальные и рентгенологические изменения в лёгких соответствовали очаговой (81%) и очагово-сливной (19%) пневмонии.

## **БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Олимжонов Д. Д.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации**

Цель исследования: Определить новые подходы к диагностике и управлению артериальной гипертензии с помощью современных методов биоимпедансометрии.

Материалы и методы исследования: Электроимпедансометрия (или биоимпедансный анализ) широко вошла в биологический эксперимент и медицинскую практику как неинвазивная методика, позволяющая получать информацию, не внося в организм изменений или риска развития осложнений. Метод сравнительно прост в исполнении, недорог и имеет преимущества перед традиционными методами неинвазивного контроля состояния организма. Метод нашёл применение в масштабных эпидемиологических исследованиях состояния здоровья населения Бразилии (the

Pelotas Birth Cohort Study), Великобритании (CHASE), стран Европейского региона ВОЗ и Евросоюза (MONICA, NUGENOB), Китая (KSCDC), США (Framingham Heart Study, NHANES), Южной Кореи (KNHANES), Японии (the Hisayama Study), Израиля (NICaS). Аппарат NICaS использует региональную импедансометрию, которая основана на пропускании незаметного переменного электрического тока силой 1,4 мА и частотой 30 кГц через артериальное кровообращение через 2 пары датчиков и регистрирует изменения электрического сопротивления артериальной системы этими же датчиками. Это устройство предоставляет точные гемодинамические данные, включая ударный объем (SV), частоту сердечных сокращений (HR), сердечный выброс (CO), ударный индекс (SI), общее периферическое сопротивление (TPR) и общее количество воды в организме (TBW).

Результаты исследования: Результаты исследования указывают на значительное улучшение контроля артериальной гипертензии при использовании терапии, руководимой импедансной кардиографией (ICG). В ходе исследования были проведены теоретические анализы, основанные на показателях, полученных с использованием ICG, а также обзор литературных исследований, подтверждающих эффективность этого подхода. Этот подход позволяет не только более точно мониторить состояние пациента, но и адаптировать терапию в реальном времени, что способствует достижению более стабильного контроля артериальной гипертензии.

Вывод: Биоимпедансометрия представляет собой многообещающий метод в диагностике и управлении артериальной гипертензией. Использование биоимпедансометрии может обогащать нашу практику, предоставив новые инструменты для ранней диагностики, прогнозирования риска и мониторинга эффективности лечения АГ. Дальнейшие исследования направлены на углубленное понимание роли биоимпедансометрии в контексте сердечно-сосудистой патологии и оптимизации стратегий лечения.

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ**

**Омонова Мафтуна Шавкат кизи**

**Докторант 2 года обучения 2 оториноларингологической кафедры  
Самаркандского государственного медицинского университета.**

Научный руководитель: д.м.н. профессор Насретдинова Махзуна Тахсиновна  
За последнее время в лечении больных экссудативными синуситами отмечаются определенные успехи. Так, по данным Л. Б. Дайняк, использование медикаментозного метода лечения сократило число хирургических вмешательств на околоносовых пазухах на 70%. Однако этого нельзя сказать в отношении рецидивирующих полипозных риносинуситов, при которых консервативные методы лечения мало эффективны, так как они не предупреждают рецидивирования полипоза. Наблюдения многих клиницистов и наши собственные исследования свидетельствуют о том, что полипозным риносинуситам свойственно рецидивирование. Даже после полного удаления полипов через несколько месяцев наступает затруднение носового дыхания и больные поступают в стационар для повторных операций.

Цель исследования: изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения полипозного риносинусита с помощью иммунологической характеристики процесса, а также разработать диагностические и лечебные алгоритмы заболевания.

Методы и источники исследования . С 2017-2023 гг. под нашим наблюдением находилось 164 больных хроническими полипозными риносинуситами. Мужчин было 102, женщин — 62. В возрасте от 15 до 20 лет было 6 человек, от 21 года до 30 лет — 24, от 31 года до 40 лет — 36, от 41 года до 50 лет — 51, от 51 года до 60 лет — 31 и старше 60 лет — 16 пациентов. С давностью заболевания до 3 лет было 62 обследуемых, до 5 лет — 35, до 10 лет — 38, до 15 лет — 17, до 20 лет — 9 и больше 20 лет — 3. Двусторонний хронический полипозный полисинусит диагностирован у 99 пациентов, односторонний — у 37, двусторонний полипозный этмоидит — у 22, односторонний — у 6.

Результаты обследования. Наши наблюдения показали, что сравнительно лучшие результаты получены у тех пациентов, у которых пораженные пазухи были максимально освобождены от патологического содержимого. Если по какой-либо причине не все пазухи были освобождены от полипов и гноя, возникали ранние рецидивы полипоза. В зависимости от методов лечения было выделено три группы больных. В 1-й группе (29 человек) проводилось только симптоматическое лечение в послеоперационном периоде. Больным 2-й группы (92 чел.) после операции в течение 12—15 дней были назначены антигистаминные препараты и смазывание слизистой оболочки носа мазью гиоксизона 1 раз в день в течение 2—3 месяцев. Больные 3-й группы (40 чел.) в послеоперационном периоде, кроме вышеуказанного лечения, дополнительно получали ежедневно внутривенные вливания 5—10 мл 30 % раствора тиосульфата натрия в течение 10 дней. Ближайшие и отдаленные результаты оказались хорошими у обследуемых третьей группы. У трех из них восстановилась обонятельная функция, чего не отмечено в других группах. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 3 лет) изучены у 60 больных — по 20 человек в каждой группе. В первой группе отличные результаты (дыхание через нос свободное, полипов нет) получены у 4 лиц, хорошие (дыхание свободное, имеются мелкие полипы в куполе носа) — у 6, плохие (дыхание затруднено, имеются полипы в куполе и в среднем носовом ходе) — у 10. У подавляющего большинства пациентов рецидив полипоза наступил через 6 мес после операции. Во второй группе отличные результаты имели место у 7 человек, хорошие — у 11, плохие — у 2. В третьей группе отличные результаты установлены у 12 лиц, хорошие — у 7, плохие — у 1.

Проведенные наблюдения показали, что в целях длительной ремиссии, замедления роста полипов и предупреждения развития ранних рецидивов необходимо проводить комплексное лечение, при котором хирургическое вмешательство сочеталось бы с медикаментозной терапией.

Выводы: Для предупреждения рецидивирования полипоза при хроническом риносинусите рекомендуется хирургическое лечение сочетать с медикаментозным, включающим применение антигистаминных средств. В связи с тем, что полипоз носа и околоносовых пазух в 68% случаев сопровождается гнойным поражением, необходимо, по- возможности, полнее санировать верхнечелюстные пазухи и пазухи решетчатой кости, а в некоторых случаях и другие пазухи с целью ликвидации очага аллергизации организма и в последующем назначать антибиотики широкого спектра действия.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Орипов Шерали Ходиевич  
Офтальмологическая клиника “OMEGA EYE»

### Актуальность

Несмотря на значительные успехи современной офтальмохирургии, регматогенная отслойка сетчатки все еще остается тяжелой патологией, требующей незамедлительного хирургического лечения сетчатой оболочки.

**Цель исследования** – изучить хирургические методы лечения регматогенной отслойки сетчатки и провести их анализ.

### Материал и методы исследования

Материалом для исследования служили литературные данные о хирургических методах лечения регматогенной отслойки сетчатки.

### Результаты исследования

Регматогенная отслойка сетчатки без хирургического лечения практически всегда приводит к слабозрению и необратимой слепоте.

Хирургическое лечение регматогенной отслойки сетчатки сводится к двум основным подходам: эписклеральному и эндовитреальному.

Для лечения «свежей» локальной неосложненной регматогенной отслойки сетчатки «золотым стандартом» по-прежнему является метод эписклерального пломбирования.

Основным принципом в эписклеральном вдавлении является приближение отслоенной нейросенсорной сетчатки к пигментному эпителию. Если ретинальный разрыв блокирован должным образом, пигментный эпителий сетчатки, как насос, способствует резорбции субретинальной жидкости, и в динамике наблюдается постепенное прилегание сетчатки с восстановлением зрительных функций.

Главным преимуществом эписклеральной хирургии является то, что это экстраокулярный метод, который более безопасен, чем витрэктомия: так, при пломбировании пролиферативная витреоретинопатия развивается значительно реже и менее выражена, чем у пациентов, перенесших витрэктомию. Кроме того, пломбирование, в отличие от витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом или газо-воздушной смесью, не обладает катарактогенным эффектом и не приводит к существенному изменению рефракционных показателей, что особенно актуально для пациентов молодого и трудоспособного возраста. Стоит также добавить, что экстрасклеральное пломбирование является относительно малоинвазивным методом лечения, в сравнении с витрэктомией и, практически не несет риска развития эндофтальмита.

Развитие эписклеральной хирургии движется в направлении поиска оптимального пломбирующего материала. Отечественными и зарубежными учеными было предложено множество различных материалов для эписклерального пломбирования, но большинство из них имеют ряд ограничений ввиду сложности применения, высокой стоимости, либо отсутствия стабильных результатов. Однако классическая методика эписклерального пломбирования, несмотря на свою высокую эффективность, не исключает риска развития ряда серьезных осложнений, таких как: смещение эписклеральной пломбы, образование пролежней, эрозии склеры, протрузии, инфицирование и отторжение пломбы, диплопия и косоглазие.

По статистическим данным Medicare эндовитреальная хирургия с интравитреальной тампонадой выполняется в более 70% случаях при первичных регматогенных отслойках сетчатки в США. В Германии соотношение эписклерального подхода и витрэктомии 40% к 60%. В Великобритании доля выполнения витрэктомии возросла до 90% случаев первичной хирургии отслойки сетчатки. В России доля эндовитреальной хирургии по данным Н.В. Мащенко составляет около 80%.

Анатомического прилегания сетчатки на операционном столе удается достичь практически в 100%. Однако, по данным некоторых авторов, у пациентов в различные сроки после первичного витреоретинального вмешательства частота первичного прилегания достигает от 61,5 до 95,5%, после реопераций от 92 до 99%.

Несмотря на значительный прогресс в хирургии отслойки сетчатки, частота рецидивов варьирует от 6 до 38%. Основной причиной неудач является послеоперационная пролиферативная витреоретинопатия (ПВР).

Совершенствование технологий хирургического лечения отслойки сетчатки идет по пути минимизации травмирующего воздействия от непосредственно хирургической травмы. Уменьшение хирургической травмы привело к значительному снижению послеоперационных воспалительных осложнений. Окончательный функциональный результат зависит от ряда факторов: вовлеченности макулярной области, степени миопии, давности отслойки сетчатки, стадии исходной пролиферативная витреоретинопатии, иммунологических аспектов и рационального подхода к выполнению эндовитреального вмешательства в сочетании с эндолазеркоагуляцией (ЭЛК) и тампонадой витреальной полости.

В ряде работ показано, что развитию и прогрессированию пролиферативной витреоретинопатии сопутствуют изменения факторов роста, провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. Образование удерживающей хориоретинальной спайки, которая достигается посредством эндолазеркоагуляцией, является одной из основных задач в лечении отслойки сетчатки. По данным P. Vanerjee ожог, полученный в следствие эндолазеркоагуляции, приводит не только к формированию хориоретинальной спайки, обеспечивающей механическую фиксацию сетчатки, но может провоцировать посткоагуляционные осложнения. Суть эндолазеркоагуляции - в дозированной инициации локального ятрогенного ожога, приводящего к воспалению в зоне коагуляции. Немаловажная роль в патогенезе воспалительной реакции, возникающей в ответ на хирургическую травму, также принадлежит иммунологическим факторам. Ожог, индуцируемый лазерным воздействием при интравитреальном вмешательстве, приводит к индукции острофазного воспалительного ответа, что сопровождается изменениям в большинстве маркеров воспаления, в том числе С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), интерлейкина 6 (IL -6), интерлейкина 10 (IL -10).

В сложившейся хирургической практике существует два подхода к проведению данного этапа: локальная и циркулярная эндолазеркоагуляцией. В большинстве случаев предполагается проведение интраоперационной эндолазеркоагуляцией сетчатки циркулярно - на 3600 формируя, таким образом, искусственную «зубчатую линию».

Необходимость циркулярной эндолазеркоагуляции обусловлена тем, что в процессе витрэктомии не всегда удается со 100% гарантией, обнаружить абсолютно все разрывы сетчатки, наравне с диагностированными до и обнаруженными во время операции разрывами. В процессе витрэктомии на периферии сетчатки могут индуцироваться микроразрывы вследствие оказываемого локального тракционного воздействия либо открываться так называемые «немые» или «закрытые» клапанные

разрывы. Именно этим и объясняется практическая необходимость циркулярной эндолазеркоагуляции сетчатки для исключения возможного неблокирования вышеописанных разрывов. В необходимости проведения циркулярной эндолазеркоагуляции, как правило, разночтений не наблюдается. Общие принципы хирургического вмешательства в непосредственно хирургическом аспекте к настоящему моменту сформированы. Однако единого подхода к выполнению столь важного этапа как эндолазеркоагуляция не сформировано.

Эндолазеркоагуляция сетчатки проводится на основании субъективной оценки хирургом текущей ситуации, и может варьировать в чрезвычайно широких пределах как по выраженности и площади отдельного лазерного коагулята, так и по ширине хориоретинальной спайки, и по локализации наносимых лазерных аппликатов.

#### **Заключение**

Анализ литературных данных показал, что, несмотря на широкий спектр современных хирургических манипуляций, различных методов лечения, разработка патогенетического хирургического лечения регматогенных отслоек сетчатки достаточно вариабельна, является актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ**

**Орипов Шерали Ходиевич**

**Офтальмологическая клиника «ОМЕГА EYE»**

#### **Актуальность**

Регматогенная отслойка сетчатой оболочки (РОС) является одним из распространенных, серьезных и тяжелейших заболеваний органа зрения и занимает второе место после глаукомы как причины слепоты среди людей трудоспособного возраста.

Распространенность регматогенной отслойки сетчатки составляет 8,9-24,4 случаев на 100 тыс. населения, а двухсторонняя отслойка сетчатки встречается в 5-30% случаев. В структуре причин первичной инвалидности по зрению доля отслойки сетчатки составляет от 2 до 9%. При этом около 89% больных находятся в молодом трудоспособном возрасте.

**Цель исследования** – изучить распространенность регматогенной отслойки сетчатки.

#### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования служили литературные данные об эпидемиологии, этиологии и патогенезе регматогенной отслойки сетчатки.

#### **Результаты исследования**

Регматогенная отслойка сетчатки – заболевание, характеризующееся наличием разрыва сетчатки и скоплением субретинальной жидкости, через который жидкость из стекловидного тела, проникает в субретинальное пространство, в результате чего происходит отслоение сетчатой оболочки глаза от хориоидеи.

Согласно литературным данным, отслойка сетчатки, без лечения приводит к необратимой потере зрительных функций в 55% случаев, у 36% пациентов сохраняется правильная светопроекция, и лишь 9% больных способны определить движение руки у лица.

По данным литературных источников установлено, что регматогенная отслойка сетчатки характеризуется двумя основными пиками по возрастному показателю. Так,

наиболее высокий процент заболевания регматогенной отслойкой сетчатки отмечается среди пациентов, возраст которых составляет от 60 до 69 лет. Данный возрастной период совпадает с ростом частоты случаев задней отслойки стекловидного тела (ЗОСТ), а также случаев оперативного вмешательства по причине катаракты.

Важно отметить, что риск возникновения регматогенной отслойкой сетчатки увеличивается уже после проведения хирургического лечения катаракты, что подтверждается данными Датского Национального реестра пациентов и рост упомянутого риска отмечается более чем в 4 раза.

Второй возрастной пик был отмечен среди пациентов с высокой миопией, которые подвергаются повышенному риску развития регматогенной отслойки сетчатки в возрасте 20-30 лет.

Анализ статистических данных отдельных государств на протяжении последнего столетия указывает на рост количества случаев регматогенной отслойки сетчатки в популяции. Сообщается, что в Англии ежегодная заболеваемость регматогенной отслойкой сетчатки увеличилась с 6,1 до 9,8 случаев на 100 000 человек в 1970-х годах, до 11,8-17,9 случаев на 100 000 человек в 1990-х годах. В более позднем отчете оценивается рост заболеваемости с 13,4 на 100 000 в 1990-х годах до 15,4 на 100 000 в 2010-х. В 2018 году частота регматогенной отслойки сетчатки в Англии составила 19,7 на 100000 населения.

Такой рост заболеваемости регматогенной отслойкой сетчатки ученые связывают с увеличением числа оперативных вмешательств по причине катаракты. Не менее существенную роль играет также увеличение продолжительности жизни и количества случаев выявления миопии.

Во Франции среднегодовой показатель регматогенной отслойки сетчатки за 2010 год составил 20,91 на 100 000 населения, а в 2015 году он вырос до 23,55 на 100000 человек.

В азиатских исследованиях ежегодная заболеваемость варьировалась от 8 до 14,4 случаев на 100000 населения Пекина и Шанхая соответственно.

В Тайване было проанализировано в общей сложности 2359 пациентов с отслойкой сетчатки (1336 мужчин и 1023 женщин) за 13-летний период с 2000 по 2012 год. Частота заболеваемости составила  $16,40 \pm 1,06$  на 100000 случаев в год. По половому признаку частота заболеваемости для мужчин соответствовала 18,89 на 100000 случаев, в то время как среди женщин была меньше 13,93 на 100000 случаев ( $p < 0,0001$ ). Авторы также отметили, что для заболеваемости регматогенной отслойкой сетчатки характерно преобладание мужчин. Заболеваемость отслойкой сетчатки в Тайване была значительно выше у пациентов более младшего возраста до 39 лет, что обусловлено высокой частотой миопии среди молодого взрослого населения Тайваня, что может быть причиной повышенной заболеваемости регматогенной отслойкой сетчатки среди молодых пациентов.

В Сингапуре заболеваемость регматогенной отслойкой сетчатки составила 11,6 на 10000 случаев в год.

По данным литературы, инвалидность в Российской Федерации по поводу регматогенной отслойке сетчатки составляет 29% среди всех причин инвалидности по зрению.

Исследования проведенные Р.Э.Османовым (2015) по изучению распространенности регматогенной отслойки сетчатки в Тамбовской области показала частоту 0,66 на 10 000 населения.

Ежегодная заболеваемость регматогенной отслойкой сетчатки в Европе и США составляет от 11,8 до 17,9 случаев на 100 000 населения.

На сегодняшний день количество случаев выявления регматогенной отслойки сетчатки постепенно увеличивается. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2050 году во всем мире число людей в возрасте 60 лет и старше увеличится до 2,1 миллиарда. Ожидается, что рост гериатрического населения во всем мире приведет к увеличению числа пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки

#### **Заключение**

Регматогенная отслойка сетчатки часто поражает практически все возрастные группы пациентов, но чаще наблюдается у людей молодого, трудоспособного возраста

Социальная значимость и актуальность изучения регматогенной отслойки сетчатки состоит в том, что несмотря на определенные успехи в развитии микрохирургической техники, она остается заболеванием, которая приводит к потере зрительных функций и слепоте у большинства пациентов.

### **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО И ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА**

**О.Р. Ортиков, А.Ш. Муминов, Ж.Ю. Жаббаров**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Переломы костей голени встречаются с частотой от 20% до 37,3% в структуре переломов всех локализаций и составляют до 60% переломов трубчатых костей. Околосуставные встречаются еще чаще и составляют более 50% переломов костей голени. Вопросы способов лечения переломов дистального отдела большеберцовой кости остаются дискуссионными в связи с высокой частотой неудовлетворительных результатов, достигающих 40-60 % и инвалидизацией в 4,3-17,8 %. На сегодняшний день интрамедуллярный остеосинтез стал «золотым стандартом» для большинства диафизарных переломов большеберцовой кости, благодаря высокой стабильности остеосинтеза и незначительным объемом повреждения мягких тканей.

Цель исследования: Изучить результаты блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза в лечении внесуставных переломов большеберцовой кости.

Материалы и методы исследования. Проанализированы функциональные и анатомические результаты лечения пострадавших с 2021 по 2023 годы. Под наблюдением находилось 23 пациентов (13 женщин и 10 мужчин), средний возраст составил 41,5 лет (от 17 до 59 лет). В подавляющем большинстве случаев - 19 (82,6%) - имел место прямой механизм травмы; не прямой - 4 (21%) случаев. У 4 (17,4%) пациентов имелись сочетанные и множественные повреждения. Все переломы были закрытыми.

Результаты и обсуждение. Большинство операций было выполнено в период от 2 до 5 сут. с момента травмы. При поступлении в клинику всем больным с переломами голени накладывалось скелетное вытяжение с соответствующим грузом по оси для устранения избыточного смещения фрагментов по длине в предоперационном периоде. Всем пострадавшим проводилось необходимое клиничко-лабораторное обследование, консультации смежных специалистов, коррекция лечения сопутствующих повреждений и их осложнений. Операции при переломах большеберцовой кости - блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) переломов метадиафизарной зоны большеберцовой кости, выполнялись во всех случаях под спинальной анестезией. По закрытой методике, без обнажения зоны перелома, прооперировано 8 (34,8 %)

пациентов, в 15 (65,2 %) случаях произведена открытая репозиция фрагментов перелома (тип А2-3). У 18 (78,3 %) пациентов остеосинтез осуществлен с предварительным рассверливанием костномозгового канала. Обязательно применялось активное дренирование послеоперационной раны. У всех пациентов в послеоперационном периоде проводили эластическое бинтование конечности. У всех пациентов послеоперационные раны в местах введения стержня и над зоной перелома зажили первичным натяжением. Швы снимались на 10-12-е сутки с момента операции. Больные активизировались на 2-е — 3-и сутки (ходьба на костылях), при отсутствии противопоказаний проводилась активная лечебная физкультура оперированной конечности. Пациенты контролировались рентгенологически каждые 3 месяца с соответствующими индивидуальными рекомендациями по осевой нагрузке.

Удаление имплантатов произведено у 20 пациентов, через 8-14 мес. после операции остеосинтеза, при наличии рентгенологических данных консолидации переломов. На момент удаления имплантатов проводилась оценка анатомо-функциональных результатов по Маттис с балльной оценкой боли, анатомо-рентгенологических данных, трудоспособности, функции суставов. У всех получен хороший клинический результат.

Выводы. Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез эффективен в лечении внесуставных метадиафизарных переломов большеберцовой кости. БИОС обеспечивает раннюю реабилитацию с хорошими анатомо-функциональными результатами у пострадавших.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**Ососков А.В., Исмаилова М.Х., Матюсупов Х.М., Сейтмуратова А.Т**  
**Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский  
Центр Онкологии и Радиологии  
Ташкентская Медицинская Академия**

Актуальность: В Республике Узбекистан, насчитывающей более 35 млн человек, заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) заметно возросла с 92 случаев на 100 тыс. населения в 2016 году до 120 случаев в 2022 году, при этом смертность составляет 48 случаев на 100 тыс. населения. Возрастная группа 45-65 лет, включающая 3 млн. 604 тыс. женщин, остается наиболее уязвимой. До 2021 года маммографический скрининг в стране не проводился, что подчеркивает острую необходимость в организации систематического раннего выявления заболевания.

Цель исследования: Разработка и внедрение комплексной системы маммографического скрининга на основе современных информационных технологий для раннего выявления РМЖ среди населения Республики Узбекистан, а также анализ его влияния на раннее выявление и снижение смертности от рака молочной железы (РМЖ) в целевой группе женщин в возрасте 45-65 лет.

Материал и методы исследования:

Исследование опиралось на внедрение цифровых маммографов с опцией томосинтеза, оборудованных системами электроснабжения и климат-контроля, а также подключенных к RIS/PACS для обработки и хранения данных. В ходе исследования были проанализированы данные маммографического скрининга, проведенного с 2021 по 2023 год, включающего обследование 240602 женщин, с использованием 30 стационарных и мобильных маммографических кабинетов, интегрированных в единую

информационную систему "screening.mammo.uz". Пропускная способность системы позволяла обследовать до 30 женщин за смену и обработать до 1 млн снимков в год. Информационная система управления позволяла проводить централизованное экспертное "двойное/тройное" чтение с использованием искусственного интеллекта для минимизации ошибок.

**Результаты исследования**

В период с 2021 по 2023 год было обследовано 240602 женщины, выявлено 1037 новых случаев РМЖ, из которых 80.8% находились на 1-2 стадиях заболевания. Разработанная информационная система позволила создать единую базу данных для статистики в режиме онлайн, обеспечила централизованное хранение данных и способствовала снижению количества ложноположительных и ложноотрицательных результатов, а также возможность проведения научных исследований

**Вывод**

Внедрение информационных технологий в организацию маммографического скрининга в Республике Узбекистан показало свою эффективность в раннем выявлении и диагностировании РМЖ. Создание единой информационной системы позволило оптимизировать процесс скрининга, повысить качество диагностики и способствовать своевременному началу лечения, что в перспективе может существенно снизить смертность от РМЖ в стране. Внедрение таких технологий не только способствует раннему выявлению РМЖ, но и обеспечивает базу для дальнейших научных исследований, повышает качество и доступность онкологической помощи населению, что в целом способствует снижению смертности от данного заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

**Палванова Умида Бахрамовна  
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии**

**Аннотация.** Усовершенствование механизмов организации процессов обучения первой помощи среди студентов не медицинских высших учебных заведений является критически важным аспектом современной образовательной парадигмы. Одной из ключевых особенностей этого улучшения является интеграция практических навыков в обучающие программы. Например, проведение симуляционных тренировок, где студенты имитируют реальные ситуации, способствует не только усвоению теоретических знаний, но и развитию навыков быстрой и адекватной реакции на случаи потенциальной опасности. Это подтверждается исследованиями, которые показывают, что студенты, принимавшие участие в симуляционных тренировках, проявляют более высокий уровень уверенности и компетентности в оказании первой помощи в реальных ситуациях[1].

**Ключевые слова:** первая помощь, организация, практические навыки, стимуляционные тренировки

**Введение.** Важной особенностью усовершенствования механизмов организации процессов обучения первой помощи является активное использование интерактивных методик обучения. Вовлечение студентов в обсуждение кейсов, анализ ситуаций, обмен опытом способствует лучшему усвоению материала и пониманию его применения в реальной жизни. При этом, такой подход позволяет учитывать

разнообразие обучающейся аудитории и адаптировать образовательный процесс под индивидуальные потребности студентов[2].

Также важно отметить роль мультимедийных технологий в усовершенствовании механизмов организации обучения первой помощи. Использование видеоуроков, интерактивных приложений и онлайн-курсов позволяет студентам самостоятельно изучать материал в удобное для них время и темпе, что способствует более эффективному усвоению информации. Более того, мультимедийные технологии могут дополнять традиционные методики обучения, усиливая их эффективность. Исследования показывают, что студенты, обучающиеся с использованием мультимедийных материалов, обычно демонстрируют более высокий уровень владения навыками первой помощи[3].

Наконец, одним из ключевых аспектов усовершенствования механизмов организации обучения первой помощи является практика внедрения этой темы в учебные планы всех специальностей. Например, студенты, изучающие менеджмент, психологию, юриспруденцию и другие области, также должны иметь навыки первой помощи, поскольку они могут оказаться в ситуации, где эти навыки будут необходимы. Это свидетельствует о том, что усовершенствование механизмов организации процессов обучения первой помощи не только обеспечивает безопасность студентов, но и способствует их общему развитию и готовности к решению жизненно важных ситуаций.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализировано ряд научно-исследовательских работ доказывающий необходимость формирования навыков оказания первой помощи среди студентов высших учебных заведений немедицинского профиля по всему миру. Мы также хотим подчеркнуть, что теоретические и практические знания студентов в этой области остаются недостаточными. Таким образом, исследование, проведенное среди студентов немедицинского профиля в университете Карачи, показало, что знания и навыки студентов немедицинского профиля по оказанию первой помощи в различных чрезвычайных ситуациях были неудовлетворительными [4]. Результаты констатирующего этапа эксперимента, проведенного в Марийском государственном университете в Йошкар-Оле, Россия, показали, что учащиеся недостаточно владеют умениями оказания первой помощи, несмотря на высокий уровень сформированности знаний. Результаты также показали, что учащиеся недостаточно обладают стрессоустойчивостью, что может указывать на то, что респонденты не готовы реагировать на чрезвычайные ситуации должным образом[1]. Результаты исследовательской работы проведенной среди студентов университета Ярмука, Иордания показали что, студенты также не имели достаточных знаний по оказанию первой помощи. Исследователи отметили тот факт, чтобы снизить раннюю смертность и заболеваемость от несчастных случаев и чрезвычайных ситуаций, первая помощь должна быть включена в стандартные программы средней школы и колледжа [5].

Результаты и обсуждение. В заключение надо подчеркнуть то что, на сегодняшний день отмечается существенное снижение внимания к обучению навыкам оказания первой помощи в обществе, что связано с развитием промышленности, техногенных и природных катастроф, а также социальной среды. В свете этих факторов крайне важно усилить внимание к этой проблеме, начиная внедрение формирования навыков оказания первой помощи в школьные программы, программы техникума и все направления высших учебных заведений. Анализ исследований оценки сформированности навыков оказания первой помощи в чрезвычайных ситуациях среди студентов непрофильного образования показала недостаточные знания и навыки по

оказанию первой помощи, что подчеркивает необходимость обучения студентов самостоятельности, уверенности и ответственности в этой важной области

## **МЕТОД ИЗВЛЕЧЕНИЯ ФЕРРОМАГНИТНЫХ ОСКОЛКОВ ИЗ РАН И ПОЛОСТЕЙ.**

**Патахов Г.М., Ахмадулинов М.Г., Ахмадулинов А.М., Рагимов Г.С.,  
Киблаев И.Г.**

**Дагестанский государственный медицинский университет  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.**

Высокая частота осколочных и пулевых ранений, является неотъемлемой реальностью современных войн и локальных конфликтов. Обнаружение и извлечение инородных тел, под рентген или ультразвуковой локацией, бывает технически сложным, длительным и не всегда успешным процессом. Большинство ранящих объектов обладают ферромагнитными свойствами.

Инородные тела, в верхних слоях мягких тканей проще визуализировать и удалить без осложнений, но если они проникают в более глубокие слои тела или анатомические полости (брюшная или грудная полости), то могут оказаться незамеченными, что приводит к тяжелым гнойно-воспалительным процессам, перитониту или сепсису.

Для ориентации инородного предмета в тканях, под контролем рентгена, на травмированный участок накладывают сетку или отмечают место металлическими иглами, вкалывая их в мягкие ткани в двух плоскостях, что позволяет определить глубину их залегания в тканях. Однако металлические предметы, попадая в мягкие ткани, имеют свойство «ускользнуть» от скальпеля и инструментов, и на их поиск уходит много времени, даже если операцию выполняют не вслепую, а под контролем рентгена или УЗИ-аппарата.

В хирургии для извлечения металлических осколков и пуль чаще всего применяют различные хирургические зажимы, пинцеты и зонды.

В 1624 г. Вильгельм Фабри впервые применил естественный магнит для удаления металлического осколка из роговицы глаза. Широкое применение магнитов в медицине началось после изобретения электромагнита в 1825 г. В 1982 г. были изобретены неодимовые магниты, отличавшиеся более высокой силой, компактностью, низкой «размагничиваемостью». Что и заинтересовало нас, как возможный путь оптимизации техники хирургической обработки огнестрельных и осколочных ран.

В связи, с чем нами был изобретен «Инструмент для извлечения инородных ферромагнитных предметов из ран и полостей тела» патент на полезную модель РФ №203097.

Целью нашего изобретения, являлось создание хирургического инструмента позволяющего с минимальной травматичностью осуществить поиск ферромагнитных инородных частиц в раневых каналах и анатомических полостях, с последующей их надежной фиксацией и удалением.

Даная полезная модель относится к медицине, а именно к медицинским инструментам, применяемым в хирургии с целью извлечения обломков игл, гвоздей, металлических осколков снарядов или пуль со стальным сердечником из мягких тканей и анатомических полостей при эндоскопических вмешательствах.

Предлагаемый нами магнитный зонд для извлечения инородных ферромагнитных предметов состоит из гибкой рабочей части, управляемого дистального конца зонда с

головкой из неодимового магнита и рукоятки с поворотными переключателями для фиксации зубчатых колес и угла изгиба дистального конца зонда в необходимой позиции.

Рабочая часть зонда содержит в себе для изгибаний в двух плоскостях две пары боуден-тросов,двигающихся в специальных металлических оболочках, выполненных в виде спиральных пружин с максимальной плотностью витков. Для сохранения формы и придания гибкости дистальной части зонда используется металлическая конструкция - «раковая шейка», которая переходит в несколько спиральных оболочек рабочей части. 3 ил.

Положительным эффектом от использования предложенного инструмента является обеспечение поиска с минимальной травматичностью, надежного захвата и удаления ферромагнитных инородных тел из посттравматических раневых каналов в мягких тканях, а также при эндоскопических вмешательствах из полостей тела (при лапароскопии, гастроскопии, торакокопии и колоноскопии). Сокращает длительность операции и лучевой нагрузки.

Техническая простота и доступность метода, а также возможность контролируемого (видео, узи, рентген или мануального методов контроля) введения зонда в раневой канал с диагностической и лечебной целью.

Предлагаемый магнитный зонд может найти широкое практическое применение в отделениях грудной, абдоминальной, сочетанной хирургии, травматологии, а также в военно-полевой хирургии при выполнении операций связанных с извлечением инородных ферромагнитных предметов из ран и полостей тела.а.

## **К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИАНОБАКТЕРИЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА «УТОПЛЕНИЕ»**

**С.Н. Прошина<sup>1</sup>, Е.Х. Баринов<sup>1,2,3</sup>**

**1ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения  
Москвы», Москва, Российская Федерация**

**2ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России**

**3ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства  
образования и науки России**

Цель исследования в анализе возможных ошибок при проведении лабораторного альгологического исследования.

Материал и методы. Проведен анализ доступных источников российской и зарубежной литературы, связанных с проведением альгологических тестов в вопросах постановки судебно-медицинского диагноза «утопление».

Результаты исследования. При утоплении человека производится альгологическое исследование, цель которого заключается в выявлении диатомового планктона. Диатомовый планктон попадает из водоема в организм в человека, в процессе наступающей агонии. При «истинном» утоплении в воде, у утопающего человека может произойти попадание жидкости в дыхательные пути. Раздражение нервных окончаний гортани водой часто приводит к рефлекторному ларингоспазму и к кашлевому дыханию, что приводит к проникновению воды и ее содержимого в легкие и далее через разрушающийся в легких альвеолярно-капиллярный барьер в кровоток, и далее распространяется по органам и тканям. Во внутренние органы и ткани могут попасть и другие представители водного мира: сине-зеленые водоросли -

цианобактерии, динофлагелляты, инфузории и даже более крупные беспозвоночные животные, но именно обнаружение створок диатомового планктона является традиционным методом установления диагноза «утопление», ввиду того, что скелет диатомей имеют почти «неповреждаемую» структуру. Несмотря на то, что данный метод является распространенным и широко применяемым в мире, есть причины усомниться в его эффективности при судебно-медицинском исследовании трупов. Одной из таких причин является наличие ложноположительных и ложноотрицательных результатов диатомового теста.

Ложный положительный тест заключается в наличии створок диатомового планктона в органах и тканях человека, не умершего от утопления. Причинами данного явления могут быть различные факты. Наиболее частой причиной является использование водопроводной воды при исследовании трупа, которая может содержать диатомовые водоросли [2]. Поэтому инструменты, посуда, предметные и покровные стекла должны тщательно промываться дистиллированной водой. Так на медицинском факультете Университета Миядзаки в Японии, обнаружили диатомовый планктон, фиксированный к внутренним стенкам стеклянных, который при каждом новом исследовании выделялся в исследуемый осадок, после чего данная группа ученых рекомендовала использовать только новые стеклянные колбы, что сильно затрудняет поведение метода. Также имеются сведения о прижизненном попадании диатомей в организм человека и фиксации к органам, например, во время купания в водоеме или при питье водопроводной воды, так как для водопроводов используются кремнеземные осадочные породы, содержащие большое количество диатомового планктона. Имеются многочисленные исследования, указывающие на загрязнение воздуха и пищи диатомеями. В Дании была проведена фильтрация 96.9 м<sup>3</sup> воздуха через мембранный фильтр с размером пор 1.2 мкм было осаждено 79 створок диатомовых водорослей. При условии высокого давления (на больших глубинах) и сильного разрушения тканей также возможно проникновение диатомей в организм человека. Во избежание неправильного трактования результатов диатомового теста применяется «принцип соответствия»: сравнение диатомей в органах и тканях, с диатомеями в пробе воды, по видовому и количественному составу. Однако в случаях перемещения трупа с сильным течением, или с взятием пробы воды на иной глубине – обнаружить совпадения в свойствах планктона не представляется возможным.

Ложноотрицательный тест заключается в отсутствии створок диатомей в препаратах, полученных из органов и тканей человека, явно умершего в результате утопления. Результаты диатомовых тестов в таких случаях не могут быть доказательствами в пользу того, что смерть не явилась причиной утопления. Ложноотрицательные тесты встречаются довольно часто, и превышают по численности ложноположительные.

Отсутствие справочной информации о видовом разнообразии диатомового планктона и других водорослей в водоемах Московского мегаполиса и неправильный забор образца воды с места происшествя – также могут усугублять ситуацию с выявлением диатомей при лабораторном исследовании и постановкой диагноза «утопление».

Результаты исследования. Изложенные в литературных источниках проблемы, связанные с ложноположительными и ложноотрицательными результатами диатомовых тестов – позволяют поставить под вопрос объективность постановки диагноза «утопление» в зависимости от наличия створок диатомового планктона в тканях.

Вывод. На основании данного исследования, можно заключить, что имеется комплексная проблема, в распространенности диатомей в окружающей среде (пища, водопроводная вода, воздух) и сложности в их выявлении при альгологических исследованиях. Данный факт указывает на актуальность поиска альтернативных методов установления судебно-медицинского диагноза «утопление» с помощью иных лабораторных методов. Нами предложена идея о выявлении цианобактерий в органах и тканях, таких как гипофиз, умерших от утопления людей. Гипотеза исследования заключается в том, что цианобактерии не распространены в окружающей среде, как диатомеи, а значит и факт их попадания в организм человека, не умершего от утопления – теоретически, должен исключаться.

## **ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АТИПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ**

**Рагимов Г.С., Рагимова Р.И., Киблаев И.Г., Мазанова Н.Г.**

**ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией**

Травмы паренхиматозных органов занимают 2–3 место среди всех повреждений органов брюшной полости и составляет от 12–50%, а летальность – 6-12% при открытых повреждениях и 28-72% при закрытых травмах. Проблема гемостаза при повреждениях печени, селезенки является одной из важных проблем хирургии паренхиматозных органов.

Цель исследования: разработка надежного способа атипической резекции паренхиматозных органов.

Материал и методы исследования. Нами обобщены результаты лечения повреждений паренхиматозных органов (печень, селезенка) в эксперименте. Операции выполняли на беспородных собаках обоего пола с соблюдением всех этических норм. Вскрывали брюшную полость под внутривенным тиопенталовым наркозом. Предварительно моделировали повреждения печени, селезенки. С момента моделирования травмы до операции мы наблюдали за животными от 20 до 40 минут, в течение которых объем кровотечения составил 250- 500 мл в зависимости от характера нанесенной травмы. Таким способом мы приближали эксперимент к условиям клиники. Значительное кровотечение имело место при разрывах органов. Для обеспечения временного гемостаза при травмах печени применили прием Принглия и пережатие сосудистой ножки (селезенка), или накладывали жом на паренхиму органа проксимальнее места локализации раны, разрыва. Временная остановка кровотечения позволяла выполнить полноценную ревизию поврежденного органа, и определить дальнейшую хирургическую тактику. Резекцию выполняли с применением разработанных устройств (а.с. №1291128, патент РФ №2014802), состоящих из двух рабочих браншей с продольными прорезьями на дистальной части одной из них имеется фиксатор, на другой – выемка для него, что предупреждает размыкание браншей во время манипуляций. Техника применения их включает следующие этапы: 1. – по линии предполагаемой резекции окутываем орган пластическим материалом; 2. - прошивание паренхимы органа гемостатическим швом через прорези жома и пластический материал; 3. - удаляемую часть органа отсекали по краю устройства и перитонизация раневой поверхности пластическим материалом. Для укрытия пострезекционной поверхности органа использовали большой сальник на ножке,

париетальную брюшину, рассасывающуюся гемостатическую марлю. В качестве шовного материала использовали хромированный кетгут, викрил и «parenchyma set».

Результаты исследования. Резецировали печень у 22 собак. Гемостаз удалось обеспечить у 17 (77,3%) собак. У 3 животных пришлось накладывать дополнительные швы через прорези жома и у 2-х собак перевязывали сосудисто-протоковые структуры в плоскости резекции. Селезёнку резецировали у 50 собак. Гемостаз обеспечен у 44 собак (88%). У 6-ти собак при резекции селезенки пришлось наложить дополнительные швы с использованием пласти-ческих материалов и гемостатической марли, губки. Преимущества предлагаемого способа резекции паренхиматозных органов заключается в: 1- простоте устройств и надежности их использования; 2- возможности быстрого и бескровного наложения гемостатического шва; 3- отсутствия необходимости пережата сосудистой ножки у ворот органа; 4- надежности укрытия раневой поверхности органа. Объем резекции: обычно резецируем от 1/3 до 2/3 паренхимы (селезёнки), – левую долю и переднюю половину правой доли (печень). Время, необходимое для резекции предложенным способом составило не более 15-17 минут, селезёнки 5-8 минут. Морфологические данные, полученные в динамике после операции, свидетельствуют о хорошей регенерации в области оперированной раны. В ранние сроки после операции сальник окутывал оперируемый орган рыхлыми сращениями, формируя нежный соединительнотканый рубец со стороны фиксированного сальника и паренхимы органа. При использовании париетальной брюшины макроскопически паренхима органов изменена, отмечали спайки. В дальнейшем формируется грубый соединительнотканый рубец. Рассасывающаяся гемостатическая марля хорошо моделируется к раневой поверхности, и концу 1 месяца после операции элементы ее уже не определяются на макропрепарате. Иногда к ней прилипается сальник на ножке, что обеспечивает раннее прорастание сосудов к месту резекции.

Клинические наблюдения. Резекцию печени выполнили в клинике 6 больным (разрыв, связанный с травмой живота, – 2 размером 5,5 x 2,5 см, размозженная рана левой доли печени – 4 размерами 4,5 x 3 см с повреждением сегментарных внутриорганных структур) выполнили краевую и атипичскую резекции размозженной части печени с наложением П-об-разных швов. Резекцию селезёнки выполнили в клинике 6 больным (травмы- 5, киста нижнего полюса-1) с хорошим результатом. Резецировали нижний полюс селезёнки у 4-х больных (разрыв нижнего полюса, связанный с переломом нижних ребер, 1, колото-резаная рана нижнего полюса-1, киста нижнего полюса –1) и у одного резецировали верхний полюс селезёнки по поводу травмы в ходе операции на желудке.

Вывод. Таким образом, проведенные экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали эффективность предложенного способа резекции паренхиматозных органов, что значительно упрощает технику резекции, сокращает время операции, обеспечивает надежный гемостаз и позволяет улучшить результаты операций при повреждениях их.

## ДИНАМИКА СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ КУРСА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДОРСАЛГИЕЙ.

Рамазанов Ш.Ф., Пўлатов С.С. Рўзиев Ф. Ғ.  
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Боль в шее является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата в глобальном масштабе (European Pain Federation – EFIC, 2021). Боль в шее чаще регистрируется у женщин по сравнению с мужчинами, в то время как распространенность следует аналогичным траекториям у обоих полов, достигая максимума в возрасте около 50 лет (у женщин – 50–54 года, у мужчин – 45–49 лет). На сегодняшний день для лечения дорсалгии активно применяются новые высокотехнологические методы физиотерапии и одним из таких методов является ударно-волновая терапия.

Ударная волна – это акустическая волна, обладающая кинетической энергией пули, созданная сжатым воздухом. Используемые при этом ударные волны представляют собой чрезвычайно короткий, мощный импульс давления с высокими амплитудами давления и малой компонентой растяжения. Они генерируются вне тела пациента и передаются вглубь тела, производя терапевтический эффект. Это способствует в свою очередь увеличению кровотока, анальгетическому эффекту, ускорению заживления, восстановлению подвижности, увеличению выработки коллагена. Эти способности ударной волны можно применять в дегенеративных заболеваниях позвоночника, таких как остеохондроз.

Цель: Изучить влияния ударной волны на позвоночник. Подобрать точную дозу. Оценить динамику состояния кровообращения в цереброваскулярной системе. Оценка эффективности ударно-волновой терапии при цервикальной дорсалгии.

Материалы и методы. В основной группе проведено стандартная терапия и процедуры ударно-волновой терапии, 25 больным с остеохондрозом позвоночника шейного локализации. В контрольной группе 20 больных получили стандартную терапию. Проводились методы обследования такие как: Общеклинические обследования (жалобы, анамнез, объективный осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография для определения показаний и противопоказания к назначению физиотерапии). Методы лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография, магниторезонансная томография для подтверждения диагноза). Доплерография для оценки показателей линейной скорости. Использовали наконечник 15 мм в диаметре. Количество сеансов на курс лечения составляло 4–10 с перерывом между ними 2 дня. Частота — 13 Гц, уровень нагрузок — 80-120 мДж, по 1000-1500 ударов на каждую сторону, при слабом надавливании, суммарно за один сеанс максимум 3000 ударов на все точки.

Результаты исследования. Для изучения механизма формирования лечебного эффекта при применении различных разработанных методов, мы, принимая во внимание данные литературы о роли сосудистых нарушений в генезе дистрофических процессов, оценили состояние кровообращения в цереброваскулярной системе пациентов с болевым синдромом методом ультразвуковой доплерографии. Показатели линейной скорости позвоночных артерий до лечения составило справа  $28,4 \pm 1,3$  слева  $27,9 \pm 1,2$  соответственно. После процедур в основной группе справа  $39,6 \pm 1,2$   $P < 0,001$ ; слева  $37,9 \pm 1,2$   $P < 0,001$ . У больных контрольной группы наблюдался справа  $31,7 \pm 1,1$   $P < 0,01$ ; слева  $31,1 \pm 1,0$   $P < 0,01$ . Среди групп сравнения наиболее

выраженное восстановление мозговой гемодинамики отмечалось под влиянием применения ударно-волновой терапии, что, связано с непосредственным влиянием его на сосудистое русло и гемореологические показатели, отмеченные в ряде клинических исследований.

Вывод. Установлено, что в основе высокого терапевтического эффекта применения ударно-волновой терапии у больных с цервикальной дорсалгией лежит улучшение мозгового кровообращения, проявляющееся, увеличением линейной скорости по сосудам в вертебро-базилярном бассейне.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОСРОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ**

**Рахимов Э.М., Зокиров К.С.  
РСНПМЦН, г.Ташкент.**

Учитывая гиперактивность, непослушания, эмоциональность и боязненность детей при проведении исследования МРТ требуют особых условий. Для проведения метода диагностики – МРТ обследования, требуется полное обездвиживание ребенка. Существуют много методов седации при проведении МРТ обследования детей. В связи с этим мы решили провести сравнительный анализ данных методик.

Материал и методы: в РСНПМЦН в течении 2021 года проведено 87 МРТ исследование у детей возрасте от 3 мес. до 5 лет. Исследование проводилось на аппарате МРТ General Electric 1.5 тесла.

Методика анестезии: Детей разделено на две группы учитывая тяжесть основной патологии, соматический статус, аллергический анамнез.

I группу составляли дети с опухолями задней черепной ямки головного мозга, черепно-мозговыми травмами, с судорожными припадками.

II группу дети с внутриутробными аномалиями развития ЦНС, ДЦП, гидроцефалия и другими патологиями без внутричерепными гипертензиями.

Седацию проводили двумя методами:

I группа: Дексмететомидин 1мкг/кг интраназально. 52 больных (59,77%).

II группа: Кетамин 5-8 мг/кг веса однократно в/м. 35 больных (40,22%).

Контроль гемодинамических показателей и системы респирации осуществлялось с помощью монитора.

При проведении анестезии в I группе Дексмететомидином 1мкг/кг интраназально не отмечалось каких-либо побочных явлений, связанных с механизмом действия препаратов. Посленаркозный период продолжались 10-15 минут. Посленаркозный период и пробуждение протекало гладко.

При проведении анестезии в II группе Кетамином 5-8 мг/кг при однократном применении отмечались в периоде пробуждения гиперсаливация, беспокойства и неадекватность поведение. Посленаркозный период продолжался 2-3 часа.

Выводы: таким образом, проведенный сравнительный анализ показал, что при проведении анестезии во время МРТ обследования дексмететомидином дает желаемый уровень кратковременный седации без побочных явлений. Интраназальный метод седации является оптимальным, безболезненным и даёт быстрый эффект как при седации, так и при пробуждении.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.

Рахматиллаев Т.Б.

СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2»  
ФГБУ «НМИЦ им.В.А.АЛМАЗОВА  
Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Венозный тромбоз и венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, и в частности, в хирургии. Несмотря на значительное влияние венозных тромбоэмболических осложнений на здоровье отдельного человека и систему здравоохранения в целом, в медицинской практике до сих пор присутствует широкая распространенность и высокая вариабельность в отношении профилактики, диагностики и лечения венозного тромбоза.

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), которые включают в себя тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) являются серьезными и распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями. ВТЭО обусловлены высоким потенциальным риском для здоровья и жизни пациента. У 6-9% пациентов развивается тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Риск рецидива ВТЭО после прекращения антикоагулянтной терапии достигает 40% в течение 10 лет. Развитие выраженной хронической венозной недостаточности на фоне посттромботической болезни может существенно ухудшить качество жизни людей.

Цель исследования. Проанализировать результаты и новые подходы в лечении тромбоза глубоких вен и его осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты консервативного и хирургического лечения 122 пациентов с проксимальным (бедренно-подколенный сегмент) и дистальным тромбозом глубоких вен нижних конечностей в период с 2013 по 2022 гг. в отделении сосудистой хирургии «СПб ГБУЗ Городская многопрофильная больница №2». Пациенты распределены следующим образом: в первую группу вошли 32 пациента, которым выполнено хирургическое вмешательство; во вторую – 90 пациентов, пролеченных консервативно.

Средний возраст пациентов составил  $47,5 \pm 5,9$  лет. Медиана времени от начала клинического проявления заболевания до начала лечения составила  $14 \pm 8$  дней. На первичном этапе всем пациентам выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей. Показания к хирургическому лечению определялись на основании актуальных клинических рекомендаций.

В первой группе выполнялась парциальная приустьевая перевязка поверхностной бедренной вены 15 пациентам и 17 имплантаций кава-фильтров. При выполнении открытой операции использовалась эпидуральная анестезия, при имплантации кава-фильтров - местная анестезия. В послеоперационном периоде использовались профилактические дозы НМГ. Во второй группе 24 пациента получали низкомолекулярный гепарин (НМГ) с переходом на препараты антагонистов витамина К (АВК) под контролем международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 2,0-3,0; 66 пациент находился на лечении новыми пероральными антикоагулянтами (НОАК, в дальнейшем ПОАК).

До регистрации и утверждения для лечения тромбоза глубоких вен в 2015 году, для консервативного лечения использовался НМГ в сочетании с АВК, после 2015 года – пероральные антикоагулянты (ПОАК) по рекомендованной производителем схеме.

Результаты лечения в отдаленном периоде оценивались на основании УЗДС, выполненных на сроках 1,3,6,12 месяцев после начала лечения; всем пациентам после имплантации кава-фильтра выполнялась рентгенконтрастная флебография.

С целью уменьшения клинических проявлений посттромботической болезни в отдаленном периоде после хирургических вмешательств выполнялись попытки эндоваскулярной реваскуляризации венозного русла.

Результаты. Технический успех операций составил 100%. Полная реканализация венозного русла отмечено у 45 (68,2%) больных, получавших ПОАК и у 6 (25%) на фоне АВК. После перевязки ПБВ и имплантации кава-фильтра таких результатов не выявлено. Реканализация более 50% венозного русла, которая не сопровождалась развитием выраженной хронической венозной недостаточности, развилась у 21 (31,8%) больных, получавших ПОАК, у 13 (54,2%) на фоне АВК, у 7 (35,3%) после имплантации кава-фильтра и у 2 (13,3%) больных. У остальных пациентов развились признаки хронической венозной недостаточности, значительно ухудшавшие качество их жизни. Эндоваскулярная реваскуляризация с целью уменьшения клинических проявлений хронической венозной недостаточности выполнена 3 пациентам, из них у 2 (66,7%) симптомы регрессировали, но на краткосрочный период.

Непосредственных осложнений после операций не отмечено. На сроках от 3 до 6 мес. выявлена миграция кава-фильтра, не потребовавшая повторного вмешательства у 2 (11,8%) больных.

Малые кровотечения на фоне лечения АВК отмечались у 15 (62,5%), большие, клинически значимые – у 1(4,2%) пациента, на фоне лечения ПОАК – ни у одного. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) на фоне проводимого лечения выявлена у 1 (6,7%) пациента после перевязки ПБВ, после имплантации кава-фильтра у 1 пациента (5,9%), на фоне лечения АВК – у 2 (8,3%), на фоне ПОАК у 4 (6,1%) больных. Летальных ТЭЛА не отмечено.

Заключение. До появления эры новых пероральных антикоагулянтов, не требующих подбора дозы и постоянного контроля лечения, меры борьбы с осложнениями ТГВ сводились к спасению жизни больного. Хирургические вмешательства были сопряжены с риком периоперационных осложнений, а использование АВК – высоким риском кровотечения и/или ретромбоза из-за сложности подбора «лечебной» дозы. Использование эндоваскулярных методов на бедренно-подколенном сегменте в настоящее время не имеет отдаленных результатов лечения и не оправдало ожидания в плане профилактики посттромботической болезни.

Применение ПОАК позволило не только обезопасить больного в плане ТЭЛА, но и в достаточной мере восстановить проходимость тромбированного русла, тем самым предотвращая развитие хронической венозной недостаточности и улучшая качество жизни пациентов.

## **РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**С.Т. Рахмонов, базовый докторант**

**Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. Г.У. Самиева; канд. мед. наук,  
проф. И.Р. Агабабян ГОУ ВО «Самаркандский государственный медицинский  
университет» МЗ РУз Кафедра патологической физиологии**

Введение. Данное исследование посвящено значимой, но недостаточно изученной роли дефицита железа в контексте сердечной недостаточности — ведущей

причины заболеваемости и смертности во всем мире. Несмотря на установленную распространенность дефицита железа у пациентов с сердечной недостаточностью, его влияние на прогрессирование заболевания и исходы для пациентов остается недостаточно понятным. Это исследование стремится восполнить этот пробел, разъяснив механизмы, через которые дефицит железа способствует развитию сердечной недостаточности, и оценив потенциал терапии пополнения запасов железа. Цель исследования: Основная цель данного исследования — всесторонний анализ воздействия дефицита железа на прогрессирование сердечной недостаточности и оценка эффективности и безопасности лечения добавками железа в этой группе пациентов.

Материалы и методы. Методология исследования включает систематический обзор и мета-анализ существующих клинических испытаний и наблюдательных исследований. Источниками данных являются PubMed, Библиотека Кокрана и Web of Science. Критерии включения определены демографическими характеристиками пациентов, диагнозом дефицита железа, классификацией сердечной недостаточности и результатами лечения железом. Статистический анализ включает методы мета-анализа, использование отношений рисков для дихотомических данных и разницы средних или стандартизированной разницы средних для непрерывных данных с 95% доверительным интервалом.

Результаты и обсуждение. Предварительные результаты указывают на то, что дефицит железа связан с увеличением частоты госпитализаций и смертности среди пациентов с сердечной недостаточностью. Терапия железом, особенно внутривенная, показывает обнадеживающие результаты в улучшении функциональной способности, качества жизни и даже снижении частоты повторных госпитализаций. Эти результаты подчеркивают потенциал коррекции уровня железа в изменении клинического течения сердечной недостаточности. В обсуждении будет рассмотрена связь между патофизиологическими механизмами этих результатов и их клиническими последствиями, включая потенциал состояния железа в качестве терапевтической цели в управлении сердечной недостаточностью.

Выводы. Исследование подтверждает значимую роль дефицита железа в усугублении сердечной недостаточности и выделяет терапевтические преимущества восполнения железа. Оно выступает за рутинную оценку состояния железа у пациентов с сердечной недостаточностью и предполагает, что лечение железом должно рассматриваться как стандартный компонент управления сердечной недостаточностью. В дальнейших исследованиях следует сосредоточиться на изучении долгосрочных результатов терапии железом в разнообразных группах пациентов и на оптимальных стратегиях пополнения запасов железа.

## **КЎКРАК ҚАФАСИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАР УЧУН ХАВФЛИ ОМИЛЛАР.**

**Раҳмонов Н. Х., Кенжаев Л.Р.  
РШТЁИМ Бухоро филиали**

Кўкрак қафаси шикастланиши (ККШ) оёқ-қўл суяклари синиши ва мия шикастланишидан кейин учинчи ўринда туради. ККШ билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш септик асоратларнинг кўплиги (20% гача) ва даволаниш муддати билан ажралиб туради.

Мақсад. Кўкрак қафаси шикастланишида йирингли асоратларни ривожланиш учун ишончли прогностик хавф омилларини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. 5 йил давомида жароҳатланганлар 67 нафар шулардан очик кўкрак қафаси жароҳати (34), ёпиқ кўкрак қафаси жароҳати (33) дан кейин йирингли торакал асоратларнинг кузатувининг ретроспектив таҳлили ўтказилди. Жабрланганларнинг ўртача ёши 39 (28-49 ёш). Жароҳатдан кейин 2 соат ичида жабрланганларнинг 74,1 фоизи, ёпиқ жароҳатдан кейин еса 2 барабар кам (33,8%). Бундан ташқари, ёпиқ жароҳат олганларнинг 54,1 фоизи жароҳатдан кейин 12 соатдан кейин касалхонага ётқизилган. Яралар кўпинча ўпка (43,1%), кўкрак девори томирлари (22,45%) ва диафрагма (22,4%) шикастланиши, кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланиши кўпинча қовурғалар синиши (80,1%) ва ўпканинг шикастланиши (61%) билан бирга бўлган. ISS шикаласи бўйича шикастланишининг ўртача оғирлиги жароҳатлар учун 17,2 балл ва ёпиқ жароҳатлар учун 20,4 балл, қон йўқотишининг ўртача ҳажми мос равишда -1350 ва 1850 мл ни ташкил етди. Кўпгина кузатувларда шикастланишнинг табиати ва жароҳатлардан кейинги дастлабки соатларда бирламчи қон йўқотиш ҳажмини ҳисобга олган ҳолда асоратлар мавжуд бўлганда торакотомия талаб қилинган (жароҳатлар учун 70,3% ва ёпиқ кўкрак жароҳати учун 3%). Ёпиқ кўкрак жароҳати билан плевра бўшлиғини дренажлаш асосий жарроҳлик еди (56,7%). Ёпиқ кўкрак жароҳати учун фавқулодда кечиктирилган аралашувлар анча тез-тез амалга оширилди (жароҳатлар учун 21,1% га нисбатан 52,4%), аммо шошилишча торакотомия частотаси бўйича иккала гуруҳ ҳам таққосланди: жароҳатлар учун 5,6% ва ёпиқ жароҳатлар учун 7,8%.

Натижалар ва мунозаралар. Йирингли асоратлар ривожланиш даражаси жароҳатлар учун 3,2% ва ёпиқ кўкрак жароҳати учун 1,6% ни ташкил етди. Плевра эмпиемаси энг кўп учрайдиган асорат эканлиги аниқланди ва жароҳатлардан кейин 1,5% ва ёпиқ жароҳатлардан кейин 1,3% ни ташкил қилади. Ўпканинг йирингли асоратлар ривожланиш даражаси мос равишда 0,3 ва 0,4% ни ташкил қилади. Жароҳатларда йирингли асоратлар ривожланишига хос бўлган энг кенг тарқалган омиллар ўпка жароҳатлари (45%), кўкрак қафаси суяк-тоғай соҳасининг очик шикастланиши (19%), кўкрак девори яралари ва жарроҳлик йўли билан кириш (17,7%), қорин бўшлиғи ичи бўш органларининг шикастланиши (12,1%) ва кўкрак (5,6%), шикастланиш диагностикаси (10%), ўпка тўқималарига қон қуйилиши (18,6%) ва медиастин (12,6%). Кўкрак қафаси ёпиқ жароҳати бўлган жабрланганларнинг тиббий ёрдамига мурожаат қилиш жароҳат олган жабрланганларга нисбатан 6 барабар кўп бўлган (мос равишда 54,1 ва 8,2%), аммо бу омил кўкрак шикастланишининг хусусиятидан қатъи назар, плевра эмпиемаси ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширди.

Хулосалар.

1. Шикастланишдан кейинги йирингли торакал асоратларнинг ривожланишига ҳисса қўшадиган муҳим омиллар жароҳатларнинг хусусиятидан қатъи назар, лахталанган гемоторакс, медиастинда қон кетиш, юрак шикастланиши ва кейинчалик тиббий ёрдамга мурожаат қилиш эди;

2. Кўкрак қафаси шикастланишида йирингли асоратларни ривожланиш учун ишончли хавф омилларини эрта таниб олиш антибактериалга қарши ва иммуно-йўналтирилган профилактиканинг самарали чораларини ишлаб чиқишга имкон беради.

## КЎКРАК ҚАФАСИ ШИКАСТЛАНИШИ УЧУН ТОРАКОСКОПИЯ: КЎРСАТМАЛАР ВА ХАВФСИЗЛИКНИ АСОСЛАШ

Раҳмонов Н. Х., Кенжаев Л.Р.  
РШТЎИМ Бухоро филиали.

Кириш. Кўкрак қафаси травмаси жарроҳлигида минимал инвазив видеоэндохирургик аралашувларни амалга ошириш учун кўпинча шароитлар мавжуд. Шу билан бирга, ушбу технологияга ҳаддан ташқари иштиёқ кўкрак қафасидаги ҳаётий органларнинг шикастланишининг оғирлигини етарлича баҳоламаслик ва етарли оператсияни бажариш билан кечикиш омилар билан боғлиқ.

Материаллар ва усуллар. Ёпиқ травма ва кўкрак қафасидаги жароҳатлар билан 134 жабрланувчига ёрдам беришнинг 5 йиллик тажрибаси акс эттирилган. Изолацияланган ёпиқ кўкрак жароҳати (38,4%) ва пенетратсион жароҳатлар (27,2%) бўлган беморлар устунлик қилди. Ёпиқ шикастланиш пайтида шикастланишнинг оғирлигини баҳолаш ISS (Injury Severity Score) бўйича амалга оширилди. Изолация қилинган кўкрак жароҳати учун ўртача 4-16 балл ва кўкрак қафасидаги травма ва доминант травма билан оғриган беморларда 18-34 балл. Гемо-ва пневмоторакс билан касалланиш 54,2% ва 49,8% ни ташкил етди, жароҳатлар билан – мос равишда 57,9% ва 53,5%. Жарроҳлик усулини танлаш торакотомия кўрсаткичларини аниқлайдиган таниқли постулатларга асосланган эди. Ўта шошилинич торакотомия учун кўрсатмалар: юрак ва катта томирларнинг шикастланиши, реаниматсия чораларини кўриш.

Шошилинич торакотомия учун кўрсатмалар қуйидагилардир: давом этаётган интраплеврал қон кетиш, қайтарилмайдиган валфли пневмоторакс, ўпканинг катта шикастланиши, қизилўнгачнинг шикастланиши, юрак ва катта томирларнинг шикастланишига шубҳа қилинган очик пневмоторакс. Кечиктирилган торакотомия учун кўрсатмалар қуйидагилардир: лахталанган инфекцион гемоторакс, ўпканинг қўлаши билан такрорий пневмоторакс, ўпка ва плеврадаги катта бегона жисмлар, такрорий юрак тампонадаси, ўпканинг профессионал қон кетиши хавфи, плевра эмпиемаси. "Шошилинич кўрсаткичлар" ва "кечиктирилган кўрсаткичлар" тушунчалари шикастланиш пайтидан торакотомияга қадар вақт захирасини англатади. Бу шуни англатадики, жарроҳ ушбу даврда бемор учун кераксиз хавф туғдирмасдан бошқа, минимал инвазив, терапевтик ва диагностика технологияларини қўллаш имкониятига эга. Шунинг учун шошилинич ва кечиктирилган торакотомия кўрсаткичлари биз томонидан торакоскопия кўрсаткичларига айлантирилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш. Торакоскопия 57 – да амалга оширилди: фавқулудда вазиятда – 12 (35,5%), шошилинич – 15 (25,2%), кечиктирилган-22 беморда (39,3%). Торакотомия даражаси 12,9%. Торакоскопияни амалга оширишнинг асосий шарти беморларнинг гемодинамик барқарорлиги ва юрак ва катта томирларга зарар етказиш белгиларининг йўқлиги еди. Бошқа барча ҳолатлар, шу жумладан нафас олиш етишмовчилиги, кучли пневмоторакс, ўпканинг шикастланиши, диафрагма торакоскопия учун контртендикатсиялар емас еди. Кўпинча (73 беморнинг 57 таси) торакоскопия кўкрак қафаси ёпиқ шикастланган беморларда амалга оширилди. Кузатувларнинг ярмида у кечиктирилган эди. Шу билан бирга, ўткир ва ўқ жароҳатлари билан торакоскопия асосан шошилинич тартибда амалга оширилди, шу билан кейинги асоратларнинг олдини олиш ва кечиктирилган оператсияларга бўлган эҳтиёжни минималлаштириш таъминланди. Торакоскопиянинг диагностик қиймати, биринчи навбатда, ташқи кичик жароҳатлар ва ифода этилмаган гемоторакс пайтида интраплеврал шикастланишларни объективлаштириш имконияти билан белгиланади.

Такдим этилган тажрибада, бир томондан, торакоскопия кўпинча гемоторакснинг катта ҳажмида амалга оширилган, аммо бошқа томондан, ҳар қандай пенетратсион ярада торакоскопия қилиш ташхиснинг тезлиги ва аниқлигини ўз ичига олиши аниқ кўринади. Торакоскопиянинг шубҳасиз афзалликлари шикастланишнинг табиати ва оғирлигини аниқ белгилаш, кам шикастланиш, плевра бўшлигини мақсадли дренажлаш қобилиятидир. Плевра бўшлигини дренажлашдан кейин ўлим даражаси 3,8%, торакотомиядан кейин 11,2%, торакоскопиядан кейин 0,7% ни ташкил етди. Торакоскопиядан сўнг ўлимнинг енг паст даражаси ушбу оператсияни прогностик жиҳатдан қулай бўлган таъсирланганлар гуруҳида тўғри танланганлигини тасдиқлайди.

Хулоса. Замонавий торакоскопия кўкрак қафаси шикастланиши учун жаррохлик тактикасини сифат жиҳатидан янги босқичга ўтказишга имкон беради. "Агрессив" кўринадиган инструментал даволаш ва диагностика технологияси туфайли аралашувларнинг шикастланишини камайтириш ва умуман бу беморларга ёрдам бериш самарадорлигини ошириш мумкин.

## **ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**Ризаев Ж.А.1, Хазратов А.И.1, Иорданишвили А.К.2**

**1 Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,  
2 Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия**

**Цель исследования.** Поделиться опытом деятельности нештатного медицинского центра и их роли в улучшение стоматологического здоровья людей, страдающих сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** Проведена оценка деятельности нештатного Центра по стоматологическому обслуживанию пациентов с сахарным диабетом (СД), который существует 8 лет на базе СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» (главный врач – канд. мед. наук М.А. Окунев) Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга (Россия). Центр предназначен для динамического наблюдения и лечения стоматологических заболеваний у взрослых людей, страдающих СД, который работает в тесном сотрудничестве с районным эндокринологом.

**Результаты исследования.** В настоящее время неоднозначно оценивается работа амбулаторных медицинских центров, многие из которых являются нештатными, а их деятельность зависит исключительно от руководителей медицинской организации. Главной особенностью работы таких центров является использование междисциплинарного подхода. Очевидно, что деятельность таких центров может быть весьма значимой при заболеваниях плохо поддающихся лечению и весьма мучительных для пациентов. К таким заболеваниям следует отнести эндокринную патологию, главным образом, сахарный диабет. Известно, что стоматологические заболевания, протекающие на фоне соматической патологии, как правило, имеют хроническое течение, а порой и устойчивость к комплексной терапии.

**Анализ деятельности нештатного Центра** показал, что у взрослых людей, страдающих СД, стоматологи различных специальностей добились хорошего стоматологического здоровья пациентов при обязательном нахождении их под динамическим наблюдением 2-кратном его посещении в течение года, а также при адекватном применении средств ухода за органами рта и хороших показателях индивидуальной гигиены. В подавляющем большинстве пациенты с СД не нуждались

в лечении патологии твердых тканей зубов (более 90%), имели хорошую индивидуальную гигиену рта (индекс гигиены до 0,88 усл. ед.), ремиссию патологии тканей пародонта (более 87% пациентов) при удовлетворительном уровне стоматологической помощи, в отличие от людей, страдающих СД и посещающих стоматолога по обращаемости. Важно подчеркнуть, что сотрудники, работающие в Центре по стоматологическому обслуживанию пациентов с СД на базе СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» вот уже 6 раз ежегодно делятся своими достижениями и результатами по комплексному лечению пациентов, страдающих СД на проводимых международных научно-практических конференциях, тематика которых постоянна: «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом». По результатам этих конференций издается сборник научных трудов, который представлен в международных базах данных.

**Выводы.** При отсутствии участия врача-стоматолога при медицинском обслуживании лиц, страдающих СД, за счёт сложных нарушений метаболизма, у пациентов возникают тяжелые формы хронического генерализованного пародонтита, обусловленные особенностью течения обменных процессов в организме, наличием микроангиопатии и нарушений иммунологического баланса, а гипосаливия обуславливает ухудшение самоочищения полости рта и резко нарушает ее гигиеническое состояние. Грамотная организация деятельности нештатного Центра при муниципальном лечебном учреждении показала эффективность его работы, напомнила о значимости динамического наблюдения пациентов, страдающих СД у врачей разного профиля.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХЕМОБЕНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**1Рузибоев С. А., 2Мардонов В.Н**

**1Самаркандский государственный медицинский университет,  
2Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи.**

Актуальность исследования. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) остается сложной проблемой неотложной абдоминальной хирургии, что связано с трудностями в ее диагностике и лечении, отсутствием эффективных методов профилактики, значительным процентом осложнений, высокой летальностью и финансовыми затратами. Одной из нерешенных проблем абдоминальной хирургии является развитие спаечной болезни после любого оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Учитывая многофакторность этой патологии до сих пор остаются нерешенными проблемы профилактики и лечения спаечной болезни. Адгезиолизис при лапаротомии не является гарантией их отсутствия в дальнейшем. По некоторым данным, рецидивы возникают до 50 % случаев, повторные операции увеличивают риск образования спаек и их осложнений.

Возможность лапароскопического разрешения непроходимости путем рассечения спаек (адгезиоэнтеролизис) у пациентов с поздней острой спаечной кишечной непроходимостью широко обсуждается на страницах печати, но практически отсутствуют данные о возможностях применения этого метода у больных с ранней острой тонкокишечной непроходимостью.

Цель исследования - Изучить эффективность местного гемостатического средства Хемобен для предотвращения формирования спаек в местах, где не повреждена целостностью кишечника, т.е. нет опасности недостаточности швов.

Материалы и методы исследования - Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 1988 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2023 гг. Из общего числа больных у 1286 (64,7%) диагностирована тонкокишечная, у 702 (35,3%) больных определена толстокишечная непроходимость. Оперативное лечение было применена у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больных толстокишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Характер оперативных вмешательств: лапаротомия адгезиолизис- 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза- 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища-88, лапароскопия адгезиолизис-114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2010-2023гг. В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 399 больных, множественные плоские висцеропариетальные у 549, смешанные панцирный живот у 39 больных. Основными причинами конверсии служили технические трудности при разделении спаек и конгломератов спаянных петель тонкой кишки, некроз кишечника или травматическое повреждение стенки кишки. Больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течении ближайших 2 суток.

В 34 (29,8 %) наблюдениях оперативное вмешательство завершили применением противоспаечных барьерных средств (ПБС). С целью профилактики повторного образования тонкокишечных висцеропариетальных сращений пациентам выполнили лапароскопическую аппликацию порошка образного противоспаечного барьерного средства «Хемобен» и метиленовый синий на париетальную брюшину. Жидкое противоспаечное средство «Хемобен» представляющее собой карбоксиметилцеллюлозу, мы применили у 34 (29,8 %) пациентов. Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапаротомии с адгезиолизисом наблюдалось у 129 (23,9%) больных, после лапароскопии с адгезиолизисом у 3 (2,6%) пациентов. Эффективность консервативного лечения оценивали по следующим критериям: регрессия болевого синдрома и признаков интоксикации (клинических и лабораторных), восстановление пассажа по кишечнику, значительное уменьшение объема живота, отсутствие застойного отделяемого по назогастральному зонду.

Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости, сокращаются сроки госпитализации.

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРНЫХ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Рузибоев С. А.,<sup>1</sup> Мардонов В. Н.<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Самаркандский Государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Одной из нерешенных проблем абдоминальной хирургии является развитие спаечной болезни после любого оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Лечение пациентов с острой спаечной кишечной непроходимости является весьма трудной задачей, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что лапаротомия, произведенная по причине спаечной болезни, будет последней для больного и ликвидирует процесс спайкообразования в будущем. Последних десятилетий одно из основных мест в профилактике спаечной болезни брюшной полости заняла группа специализированных препаратов - противоспаечных барьеров, механизм действия которых заключается в разделении раневых поверхностей брюшины на срок, необходимый для мезотелизации дефектов.

Мало изучены особенности патологических адгезивных процессов, не разработаны в связи с этим эффективные способы профилактики спайкообразования, так же как и развитие их рецидивов, поэтому вопросы лечения СКН, несмотря на многолетнюю историю изучения, остаются актуальными. Выбор противоспаечного средства должен быть основан на отсутствии эффекта торможения формирования слипчивого процесса в брюшной полости, а с другой стороны стимулировать процесс рассасывания спаек

Цель. Улучшение результатов лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью, путем усовершенствования методов профилактики ее рецидивирования.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 114 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2023 гг. В настоящее время нами выполнено 114 попытки малоинвазивных операций по поводу ОСКН: 89 на высоте приступа по срочным показаниям, 25 — после медикаментозного купирования илеуса в плановом порядке.

Мы использовали классификацию распространенности спаечного процесса брюшной полости, предложенную О. И. Блинниковым в 1993 г., согласно которой распространенность спаечного процесса брюшной полости оценивается следующим образом:

I степень - локальный спаечный процесс, ограниченный областью послеоперационного рубца или частью брюшной полости, занимающей не более 1/3 её этажа, при отсутствии спаек в других областях;

II степень - локальный спаечный процесс в сочетании с отдельными спайками в других областях;

III степень - спаечный процесс, занимающий 1/3 брюшной полости или целый её этаж;

IV степень - диффузный спаечный процесс, занимающий 2/3 её этажа и более.

Результаты и обсуждение. Всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию.

В этапах обследования особое внимание мы уделяли ультразвуковой верификации «акустических окон» на передней брюшной стенке и ВПС полых органов, выявленных в 45 (39,5 %) наблюдениях. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ОСКН были: свободная жидкость в брюшной полости — у 78 (68,4 %), синдром внутрипросветного депонирования жидкости (СВДЖ) — у 92 (80,7 %), антиперистальтика — у 81 (71 % больных).

Комплекс консервативных мероприятий, проводимых параллельно с диагностическими манипуляциями, включал в себя: назогастральное дренирование, инфузионную терапию, инъекции спазмолитиков, антихолинэстеразных средств, постановку гипертонических и очистительных клизм. Коррекцию водно-электролитных, белковых, гемодинамических расстройств наряду с комплексной стимуляцией кишечника проводили в течение 4-5 часов.

Образующиеся после рассечения спаек обширные дефекты на париетальной брюшине служат плацдармом для рецидива спаечного процесса. Поэтому в 45 (39,5 %) наблюдениях мы применили современные противоспаечный барьерный средства «ХЕМОБЕН» и метиленовый синий для профилактики рецидива спаечного процесса.

У больных (n = 45), перенесших адгезиолизис с применением различных противоспаечных средств, в послеоперационном периоде мы выполняли динамическое ультразвуковое исследование с определением количества свободной жидкости и подвижности петель кишечника в проекции операционного рубца. Как правило, УЗИ проводилось на 3, 5, 7 сутки после оперативного вмешательства.

Многим больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течении ближайших 2 суток. Послеоперационный период у оперированных нами больных протекал без осложнений. Физиотерапевтический комплекс противоспаечных мероприятий провели всем пациентам, комплекс включал: раннюю активизацию (в течение суток после вмешательства), внутримышечные инъекции 0,05%-ного прозерина по 1 мл 3 раза в сутки, и очистительные клизмы до 3 раз в сутки. Послеоперационный парез кишечника считали купированным, когда при аускультации выслушивалась активная кишечная перистальтика, пациенты отмечали восстановление отхождения кишечных газов и фиксировали хотя бы одну дефекацию.

Для профилактики повторного образования спаек с применением лечебных доз препарата системной энзимотерапии «Лонгидаза» в инъекционном виде и в суппозиториях — 17 пациентам, длительный приём Вобензима у 13 больных.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапароскопии с адгезиолизисом наблюдалось у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Отдалённые результаты лечения от 6 месяцев до 1 года после вмешательства удалось изучить методом анкетирования. Для этого использовался специфический для ОСКН опросник, основанный на «критериях качества жизни», предложенных Р. А. Женчевским (1997). Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции прошли 66 (57,9 %) пациентов, в том числе 31 (27,2 %) после аппликации противоспаечное барьерное средства «ХЕМОБЕН» и метиленовый синий. При УЗИ и обзорной рентгенографии брюшной полости данных за ОСКН получено не было; пациенты были выписаны после короткого курса консервативной терапии и коррекции диеты.

Выводы: 1. Лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств целесообразно выполнять пациентам со спаечным процессом I — II степени, у которых ОСКН была купирована консервативными мероприятиями.  
2. После адгезиолизиса показано проведение комплекса противоспаечных мероприятий с применением препаратов системной энзимотерапии.  
3. Современные противоспаечные барьерные средства являются залогом успешного оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости независимо от способа операции, так как являются патогенетически обоснованным подходом к профилактике рецидива заболевания.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ**

**1Рузибоев С.А., 2Садыков Р.А., 1Аллабердиев Н.А.  
1Самаркандский Государственный медицинский университет  
2ГУ РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова**

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами путем совершенствования тактико-технических аспектов выполнения протезной пластики.

Материалы и методы. Клиническая часть исследований построена на совершенствовании некоторых тактико-технических аспектов герниопластики по Лихтенштейну при паховой грыже (ПГ) с подробным изложением особенностей выполнения предложенного способа, а также на анализе его эффективности. Исследование охватило оценку результатов пластики ПГ у 151 пациента. Все пациенты были мужского пола. Было сформировано 2 клинические группы для сравнения. В основную группу включено 73 пациента с ПГ, которым герниопластика была выполнена по предложенной методике за период с 2023 года по апрель 2024 года. В группу сравнения включены 78 пациентов с ПГ, сопоставимые по основным клиническим критериям к больным в основной группе, у всех произведена операция Лихтенштейна за 2021-2022 гг. При пластике ПГ в обеих группах применялись традиционные сетчатые протезы (Эсфил, Пролен). В обеих группах по возрастному аспекту было более 60% мужчин старше 50 лет.

Результаты исследования. Больным основной группы проведена усовершенствованный способ операции Лихтенштейна, который в способе аллопластики паховых грыж предусмотрены следующие отличительные признаки: после вскрытия грыжевого мешка и вправления грыжевого содержимого в брюшную полость грыжевые ворота ушивают с внутренней стороны грыжевого мешка кисетным швом с сохранением стенок грыжевого мешка, которыми «укутывают» семенной канатик, после формирования в сетчатом протезе (СП) отверстия, через которое проходит окутанный стенками сохраненного грыжевого мешка семенной канатик, указанное отверстие в СП ушивают узловым швом нитью пролен 3/0, после чего свободную часть брюшины грыжевого мешка отсекают на расстоянии 1,0-1,5 см от указанного отверстия, а оставшуюся часть брюшины вокруг семенного канатика фиксируют по периметру к отверстию в СП в виде манжетки, после фиксации СП в стандартных точках поверх него укладывают семенной канатик, перед сшиванием листков наружной косой мышцы живота с формированием наружного отверстия пахового канала для семенного канатика и послойное ушивание раны. Перед сшиванием листков наружной косой мышцы живота с формированием наружного

отверстия пахового канала для семенного канатика и послойным ушиванием раны проводили облучение всей раневой зоны лазером Матрикс 2к в диапазоне 337 нм в сканирующем режиме в течение 2-3 минут мощностью 2 мВт с диаметром пятна 3-5 мм.

Скопление жидкости в перипротезном пространстве считается частым осложнением после аллопластики. Частота выявления сером при использовании объективных методов исследования (УЗИ, КТ) достигает 100%. В большинстве случаев серомы рассасываются самостоятельно, но иногда требуют повторных пункций, инфицируются и могут стать причиной увеличения срока госпитализации. Максимальный объем серозной жидкости обычно регистрируют на 3-5-й день после операции с дальнейшим уменьшением к 7-10-му дню.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Послеоперационный период у оперированных нами больных протекал без осложнений. Больным в отделении проводилась соответствующая антибактериальная терапия. Заживление раны первичным натяжением. Послеоперационный физиотерапевтический комплекс противовоспалительных мероприятий провели всем пациентам, комплекс включал: раннюю активизацию (в течение суток после вмешательства), облучение лазером Согдиана с длиной волны 998 нм, частотой 80 Гц, мощностью 7Вт в импульсном режиме, длительностью 3 минуты ежедневно в течение 3-7 суток.

Больные в удовлетворительном состоянии выписаны на 3-4 сутки.

Выводы. Таким образом, разработанный способ аллопластики при паховых грыжах, предусматривающий изоляцию контакта семенного канатика с сетчатым протезом для предупреждения формирования локальных рубцовых сращений и сохранения подвижности канатика, а также применение лазерного воздействия в ультрафиолетовом спектре во время пластики и в инфракрасном спектре в раннем послеоперационном периоде, обеспечивающих усиление процессов рассасывания раневого инфильтрата, противовоспалительной и ранозаживляющей активности.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

**Рузибоев С.А., Ачилов М.Т.**

**Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с острыми желудочными кровотечениями при раке желудка.

Материал и методы. Материал исследования базируется на анализе результатов лечения больных раком желудка, которые прошли хирургическое лечение в объеме комбинированной гастрэктомии с лимфодиссекцией Д2 с удалением большого сальника и в некоторых случаях с резекцией брыжейки поперечно-ободочной кишки. За последние годы в хирургических отделениях Самаркандского филиала и субфилиалах Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканда Республики Узбекистан экстренная гастрэктомия была выполнена 31 больным по поводу ОЖК. Среди них было 15 (48,4%) мужчин и 16 (51,6%) женщин. Возраст больных варьировал от 39 до 67 лет .

Для определения желудочных язв мы использовали классификацию по Jonson. В 4 наблюдениях причиной ОЖК являлась гигантская каллёзная язва кардиального отдела желудка, в 7 – малигнизирование язвы в субкардии, в 14 –язвенно-

инфильтративная форма рака тела желудка, в 6 случаях язвенно-инфильтративная форма рака желудка прорастала в брыжейку поперечно-ободочной кишки.

При оценки кровотечения использовали эндоскопическую классификацию по Forest, при этом у 8 пациентов выявлено артериальное кровотечение (F1a), а у одного пациента венозное кровотечение из двух гигантских «целующих» малигнизированных язв желудка (F1b).

Результаты и их обсуждение. При поступлении в центр все пациенты были в тяжёлом состоянии, обусловленное выраженной кровопотерей.

Комплексная консервативная терапия с применением компонентов крови оказалась временно эффективной у 5 больных. А в 2 наблюдениях консервативные и эндоскопические методы были неэффективными. На наш взгляд, резистентность к консервативной терапии и эндоскопическому гемостазу была обусловлена тем, что источником профузного желудочного кровотечения являлись крупные ветви левой желудочной и панкреато-дуоденальной артерий.

Для лечения больных был разработан дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм, учитывающий состояние пациента, тяжесть кровопотери и риск рецидива кровотечения. Показаниями к экстренной операции были: продолжающееся кровотечение, неэффективность эндоскопического гемостаза. Помимо данных показаний учитывали риск рецидива кровотечения, при высоком риске выполняли срочную операцию после полноценной предоперационной подготовки.

На высоте профузного желудочного кровотечения экстренные оперативные вмешательства произвели 15 больным из 31. При этом все они были прооперированы в первые 1-3 часа от начала профузного желудочного кровотечения, после неудавшейся попытки эндоскопического гемостаза, остальным пациентам произведено оперативное лечение в ближайшие 2 суток после временного консервативного и эндоскопического гемостаза. Операции у этих пациентов выполняли в более спокойной обстановке, после определённой предоперационной подготовки. Следует отметить, что 5 пациенты были прооперированы в отсроченном порядке, при установленном диагнозе аденокарциномы отказались от перевода в онкологический центр.

Почти во всех случаях было выполнена комбинированная гастрэктомия с лимфодиссекцией D2 с удалением большого сальника и в некоторых случаях с резекцией брыжейки поперечно-ободочной кишки. У больных лимфодиссекцию в объеме D2 осуществляли без лигирования сосудов селезенки с сохранением последней. Суть спленосохранной методики лимфодиссекции D2 при гастрэктомии заключалась в последовательном удалении парапанкреатической клетчатки и лимфоузлов вдоль селезеночной артерии и вены (11-я группа лимфоузлов) вплоть до ворот селезенки (10-я группа лимфоузлов). Из рассматриваемой группы (спленэктомия при гастрэктомии) исключены больные, у которых удаление селезенки выполняли по ятрогенным показаниям, при врастании опухоли желудка в селезенку, инфильтрации желудочно-селезеночной связки или метастатически измененных лимфоузлах, расположенных по ходу селезеночных сосудов и в воротах селезенки. В такой ситуации спленэктомию производили по абсолютным показаниям как неотъемлемую часть комбинированного хирургического вмешательства. После комбинированной гастрэктомии всем больным накладывали эзофагоюноанастомоз по М.И. Давыдову с формированием резервуара из тощей кишки.

В послеоперационном периоде в 1 наблюдениях отмечали осложнения в виде несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, окончившимся летальным

исходом. При гистологическом исследовании макропрепарата по линии резекции желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки – опухолевого роста не выявлено. Послеоперационное периоде всем пациентам применено стандартное ведение больных: регулирование водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, внутривенное переливание донорской компонентом крови, широкое антибактериальное лечение, а также, коррекция сопутствующих заболеваний. Удаление назоюнального зонда, осуществляли среднем на 5-7 послеоперационные дни. Оральное питание (прием жидкости, питательные смеси и др.) разрешили на 8-9 дни. Таким образом, при патологии кардиоэзофагеальной зоны, осложнённой профузными желудочными кровотечениями, по показаниям возможно выполнение неотложных гастрэктомий.

Результаты лечения после формирование резервуара из тощей кишки:

У больных в послеоперационном периоде не наблюдается агастральный синдром.

У пациентов синдром мальабсорбции наблюдался крайне редко.

У больных возникает чувство сытости, как у здоровых людей.

У больных возникает чувство голода, как у здоровых людей.

Отсутствие диарейного синдрома.

Больные не теряют массу тела.

Отсутствие рефлюкса эзофагита.

Детальный анализ 5-летней выживаемости и качество жизни больных в зависимости от особенностей развития рака желудка показал, что при стадии pT1-pT2, экзофитной форме роста, высокодифференцированной аденокарциноме статистически значимой разницы в выживаемости больных в отдаленные сроки наблюдений нет. С увеличением глубины инвазии опухоли, особенно с выходом на серозный покров стенки желудка, при инфильтративной форме роста, низкодифференцированной аденокарциноме, перстневидноклеточном раке прослежены изменения в выживаемости, не имеющие статистической значимости.

Заключение. Таким образом, спленосохранная лимфодиссекция D2 статистически значимо не ассоциирована с увеличением послеоперационных осложнений. При выполнении спленосохранной лимфодиссекции количество удаляемых регионарных лимфоузлов в воротах селезенки и вдоль селезеночных сосудов не уменьшается, что соответствует лимфодиссекции в объеме D2. При локализации опухоли в проксимальном отделе и теле желудка спленосохранная лимфодиссекция D2 является оптимальной и достаточной по объему, не уступая в радикальности лимфодиссекции, предусматривающей спленэктомию, а выполнение принципиальной спленэктомии не способствует достоверному улучшению отдаленных результатов хирургического лечения больных раком желудка.

Выводы: При кровоточащем раке желудка оперативная тактика должно быть направлено на устранение его источника даже при прорастании опухоли в соседние органы. Гастрэктомия при кровоточащем раке желудка может быть выполнена с соблюдением всех современных онкологических принципов, в том числе и по усовершенствованной методике.

## **МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ**

**Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Хазраткулов Р.Б., Ким А.А.  
Республиканский Специализированный Научный Практический  
Медицинский Центр Нейрохирургии**

Цель работы – определение показаний к микрохирургическому лечению больных с большими и гигантскими артериальными аневризмами головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкенте за период с 2016 по 2022гг. проведено лечение 48 пациентов с большими с разрывом аневризм головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 18 до 66 лет. Мужчин – 34 (70,83%), женщин – 14 (29,17%). У всех 48 пациентов к моменту госпитализации в нейрохирургическое отделение был в анамнезе эпизод САК, явившийся следствием разрыва артериальной аневризмы. В первые 3 суток от момента начала САК было госпитализировано 12 (25%) пациентов; на 4-7 сутки – 9 (18,75%) пациента, на 8-14 сутки – 8 (16,66%) больных. Оставшиеся 19 (39,58%) пациентов были госпитализированы в срок позднее 14 суток с момента начала САК.

Результаты и их обсуждение. Всем 48 пациентам было проведено клипирование аневризмы. Исходы хирургического лечения были следующими: хорошие у 40 (83,33%) больных, у 4 (8,33%) больных – умеренная инвалидизация, у 2 (4,16%) – грубая инвалидизация и у 2 (4,16%) больных были отмечены летальные исходы. В клинической картине у 48 (100%) пациентов наблюдали общемозговую симптоматику, у 40 (83%) больных – менингеальную. Нарушение функции различных черепно-мозговых нервов выявили у 28 (58,33%) пациентов. Очаговая симптоматика отмечена у 42 (87,5%) пациентов. Гемипарез, гемиплегия, гемигипестезия выявлены у 17 (35,41%), психические нарушения – у 9 (22,5%), моторная афазия – у 8 (16,6%), сочетание гемипареза/гемиплегии и моторной афазии – у 4 (8,33%). Оценка тяжести состояния больных непосредственно перед оперативным вмешательством оценивалась по шкале (Н-Н). I степень – у 31 (64,58%) больных. II степень – у 15 (31,25%) больных. III степень – у 2 (4,16%) больных

Выводы. Показания к хирургическому лечению больших и гигантских артериальных аневризм в остром периоде САК зависят от динамики сосудистого спазма, объема внутримозговой гематомы, состояния желудочковой системы и выраженности отека мозга. Больным, не имеющим признаков нарастающего сосудистого спазма (имеющим тяжесть состояния I-II по шкале Hunt-Hess), показано хирургическое лечение независимо от сроков после начала субарахноидального кровоизлияния, с целью профилактики повторного разрыва аневризмы. Всем больным с разрывами артериальных аневризм головного мозга с тяжестью состояния с I-II степени по (Н-Н) не имеющим ангиоспазмом показано оперативное лечение в остром периоде кровоизлияния.

## ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Абдукахорова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Усмонов Б.У.  
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Изучение физической мультиморбидности у беременных является важной задачей с точки зрения обеспечения здоровья, как матери, так и плода. Мультиморбидность у беременных, то есть наличие нескольких заболеваний или состояний у одной женщины, может существенно повышать риск осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Для анализа эпидемиологического статуса физической мультиморбидности у беременных необходимо проводить обширные эпидемиологические исследования, включающие анализ медицинских данных, ведение статистики о заболеваниях у беременных, а также изучение факторов риска и патофизиологических механизмов взаимодействия между различными заболеваниями.

Систематическое исследование новых методов диагностики, профилактики и лечения заболеваний у беременных с целью повышения эффективности медицинской помощи.

Начало формы

Цель настоящего исследования. Изучение частоты встречаемости, особенностей профилактики и разработки адекватных путей лечения физической мультиморбидности у беременных. Задачи исследования. Изучение частоты встречаемости физической мультиморбидности, распространенности общих факторов риска физической мультиморбидности в популяции беременных женщин Ферганской долины. Изучение эпидемиологической характеристики общих факторов риска в группах беременных- женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности.

Материал и методы. Объектом исследования послужили беременные женщины, наблюдающиеся в перинатальном центре, в родильных комплексах и поликлиниках в течение 2019-2021 гг. Из списка беременных женщин г. Андижана сформирована 10% - ная репрезентативная выборка в количестве 1500 человек. Выбранные для эпидемиологического исследования беременные женщины обследованы с применением опросных, биохимических, клинических, акушер-гинекологических и инструментальных методов исследования. Результаты. Изучена частота распространённости физической мультиморбидности в популяции беременных женщин, проживающих в условиях Ферганской долины Узбекистана. В эпидемиологическом исследовании определена распространенность общих факторов риска физической мультиморбидности у беременных. Изучены и определены региональные эпидемиологические характеристики общих факторов риска в группах популяции беременных женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности.

Вывод. В целом, подход к управлению физической мультиморбидностью у беременных должен быть комплексным, мультидисциплинарным и ориентированным на индивидуальные потребности каждой женщины, с учетом ее медицинской истории и особенностей беременности.

## **ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРА ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ**

**Сабиоров Д.Р 1, Юсупова О.Ж1 , Пулатова К.М 2**

**1Национальный детский медицинский центр МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан  
gocjahongir@gmail.com**

**2Ташкентская медицинская академия МЗ РУз.**

**Актуальность:** Современное комплексное противоопухолевое лечение оказывает мощную генерализованную иммуносупрессию, в связи с этим, онкологические больные составляют особую группу пациентов, которым показано проведение иммунологической коррекции в процессе онколитической терапии.

**Цель:** Оптимизация методов иммунологической коррекции в процессе онколитической терапии у больных раком молочной железы с применением электромагнитной радиоволновой терапии.

**Материалы и методы:** В качестве устройства, генерирующего электромагнитное излучение радиоволн диапазона средней частоты применялась технология TOP. Лечение подвергались 82 больных с раком молочной железы посредством анализа морфологических, клинико-лабораторных, иммунологических и иммуногистохимических исследований. Так больным ежедневно в течение 14 суток в дневное время осуществлялось терапевтическое воздействие переменным магнитным полем радиоволнами длиной 909-857 метров с диапазоном средней частоты 350+15кГц электромагнитного спектра аппаратом TOP. Проведено 2 курса терапии (1й – 12-14 сеансов, 2й – 10сеансов) по 40-60 минут ежедневно, выдерживая 15-дневный интервал.

**Алгоритм лечения больных:**

1. Неспецифическая коррекция иммунитета с помощью технологии TOP.
2. Химиотерапия или радиотерапия.
3. Применение препаратов, подавляющих взрывной рост опухолевых клеток.
4. Восстановительная стадия с применением адаптогенов.

**Результаты:** Были изучены сывороточные концентрации следующих цитокинов – ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-10. ИЛ-1 $\beta$  был повышен в группах до лечения, после ХТ(химиотерапии) и ХТ+ЭМРВТ(электромагнитной радиоволновой терапии) в 1,7 раз, в 2,2 раза и в 1,24 раза соответственно, относительно контрольных данных. ФНО- $\alpha$  был повышен в группах до лечения, после ХТ и после ХТ+ЭМРВТ в 3,5 раза, в 1,8 раз и в 1,15 раз соответственно, относительно контрольных данных. ИЛ-6 был повышен в группах до лечения, после ХТ и ХТ+ЭМРВТ в 8 раз, в 9,5 раз и в 1,15 раз соответственно, относительно контрольных данных. ИЛ-10 был повышен в группах до лечения и после ХТ и ХТ+ЭМРВТ в 2,4 раза, в 3,4 раза и в 1,2 раза соответственно, относительно контрольных данных. Таким образом, было обнаружено повышение провоспалительных цитокинов в сыворотке периферической крови у больных с РМЖ. Нарушение цитокинового баланса в сторону гиперпродукции провоспалительных цитокинов сопровождается избыточными симптомами воспаления. При проведении комплексного лечения с ЭМРВТ аппаратом TOP наблюдается ингибция в секреции провоспалительных цитокинов – ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  усиление продукции противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10. Оценка эффективности в основной группе показала, что у 77,8% больных выявлен полный эффект, у 14,8% - частичный и

у 7,4% - объективное улучшение опухолевого процесса. Ни в одном случае прогрессирование опухоли не выявлено.

Выводы: Установлена клинико-иммунологическая эффективность системного воздействия ЭМРВТ аппаратом TOP при РМЖ, позволяющая резко снизить негативные эффекты от проводимой химиотерапии.

## **ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРА КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН РМЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА HER-2/NEU**

**Сабилов Д.Р 1, Юсупова О.Ж1., Пулатова К.М 2**

**1Национальный детский медицинский центр МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан**

**2Ташкентская медицинская академия МЗ РУз.**

Актуальность: Экспрессия Her-2/neu часто коррелирует с прогностическими неблагоприятными клиническими признаками. Рецепторы Her-2/neu были обнаружены путем изучения нескольких тысяч образцов тканей опухолей молочной железы с молниеносным течением. Установлено, что нормальная клетка содержит две копии онкогена Her-2 в ядре и около 20000 рецепторов Her-2 на своей поверхности. Полагают, что за счет гиперэкспрессии антигена наблюдается ускорение пролиферации и роста злокачественных клеток, что сопровождается ранним метастазированием злокачественного процесса. Молекулярные маркеры, проявившие свое прогностическое значение при раке молочной железы, в настоящее время изучаются как мишени для «целенаправленной» цитостатической терапии.

Цель: Изучить изменение спектра клеточного и гуморального иммунитета в зависимости от наличия или отсутствия гиперэкспрессии Her-2/neu в опухолевой ткани.

Материалы и методы: 34 женщины РМЖ были разделены на 2 группы, в зависимости от степени тирозинкиназного рецептора (Her-2/neu) на гистологическом материале: 1 - с отсутствием гиперэкспрессии, 2 - с наличием гиперэкспрессии Her-2/neu. Были проанализированы особенности иммунореактивности женщин РМЖ путем проведения исследования по изучению уровней про- и противовоспалительных цитокинов.

Результаты: Из 34 женщин РМЖ, у 20 женщин на гистологическом материале не выявлена экспрессия антигена Her-2/neu и у 14 женщин идентифицирована положительная его гиперэкспрессия. Изучение клеточных параметров иммунитета у женщин РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu позволило выявить достоверное подавление содержания лейкоцитов относительно значений контрольной группы. Общее содержание лимфоцитов было также достоверно снижено в двух группах женщин РМЖ по сравнению с данными контрольной группы. При этом выявлено наличие достоверного отличия между исследуемыми группами женщин с РМЖ. Во второй группе общее число лимфоцитов составило  $19,3 \pm 0,92\%$ , тогда как в первой группе -  $26,4 \pm 1,61\%$ . Минимальное значение лимфоцитов выявлено во второй группе женщин с РМЖ. Абсолютное содержание CD3+Т-лимфоцитов при РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu составило  $419,3 \pm 20,8$  кл/мкл, тогда как в контроле -  $1262 \pm 32,0$  кл/мкл. Минимальное значение абсолютного числа CD3+Т-лимфоцитов установлено во второй группе женщин РМЖ. Относительное число CD4+Т-хелперов/индукторов в обеих группах женщин РМЖ без гиперэкспрессии и с гиперэкспрессией Her-2/neu был подавлен в 1,3 и в 1,6 раза относительно контрольных

данных. Абсолютные значения CD4+Т-хелперов/индукторов были достоверно снижены, причем минимальное значение абсолютного значения CD4+Т-хелперов выявлено во второй группе. Относительное и абсолютное содержание CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов было достоверно повышено в группах женщин РМЖ с и без гиперэкспрессией Her-2/neu по отношению к контролю. Между исследуемыми группами женщин РМЖ выявлена достоверная разница в относительном содержании CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов. Максимальное значение CD8+Т-лимфоцитов было характерно для пациентов второй группы. Относительные значения CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов при РМЖ с и без гиперэкспрессией Her-2/neu были повышены по отношению к контролю в 1, 8 и 1, 5 раза соответственно. Исходя из вышеприведенного анализа видно, что ИРИ был подавлен в обеих группах женщин РМЖ, но наиболее глубокое снижение ИРИ наблюдается во второй группе. Если соотношение ИРИ в контроле равно 1, 5±0, 05, то у женщин РМЖ с и без гиперэкспрессией - 1, 01±0, 06 и 0, 67± 0, 07 соответственно, т.е. подавлено в 2, 24 и в 1, 5 раза соответственно. Изучение содержания В-лимфоцитов выявило повышение его в обеих группах пациенток с РМЖ. Если в группе контроля число В-лимфоцитов было равно 19, 6±0, 59%, то во второй группе - 26, 2 ±1,50%, тогда как в первой группе - 22,40±1, 32%. Между обеими группами женщин РМЖ по содержанию В-лимфоцитов достоверных различий не выявлено. Функциональное состояние гуморального звена иммунитета характеризовалось достоверным повышением концентрации IgG во второй группе по отношению к значению группы контроля и в первой группе. Так, уровень IgG во второй группе составил 1298, 5±44, 80 мг%, тогда как его уровень в контрольной группе был равен 1100±38, 78 мг%. Анализ сывороточного IgA и IgM не выявил достоверной разницы между исследуемыми группами женщин РМЖ. Хотя, была выявлена тенденция к повышению IgA во второй группе. Анализ уровней ЦИК позволил выявить их повышение в обеих группах женщин РМЖ. Показано, что достоверные различия выявлены по содержанию ЦИК 4% во второй группе по отношению к группам контроля и в первой группе. Так, его уровень составил 43, 70±3,02 ед., тогда как в группе контроля и в первой группе составило 14, 25±1, 24 ед. и 26,40±2,82 ед. соответственно. Изучение содержания CD16+ ЕКК в первой и во второй группах показало достоверное повышение по сравнению с контрольной группой. Однако, достоверных различий между исследуемыми группами не наблюдалось. Анализ экспрессии маркера CD56+ на ЕКК выявил наличие достоверного отличия по отношению к контрольной группе и между обеими группами женщин РМЖ. Так, во второй и в первой группах наблюдалось повышение данного показателя по отношению к контрольной группе в 1, 24 и в 1, 7 раза соответственно. Значения CD56+ЕКК между обеими группами различалось в 1,4 раза. Изучение активационных маркеров лимфоцитов CD95+ и CD38+ при РМЖ в зависимости от экспрессии Her-2/neu позволило определить достоверное повышение экспрессии CD38+ на лимфоцитах при РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu по отношению к данным контроля и значения группы РМЖ без гиперэкспрессии Her-2/neu. Для женщин РМЖ второй группы оказались характерными выраженное снижение общего числа лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов, иммунорегуляторного индекса при повышении числа Т-цитотоксических лимфоцитов, ЕКК, несущих маркер CD56+ и повышение концентрации IgG и ЦИК 4%. Результаты анализа позволили выявить клеточный иммунодефицит у всех женщин РМЖ, причем у женщин второй группы наблюдался более глубокий Т – клеточный иммунодефицит за счет выраженного дисбаланса основных иммунорегуляторных клеток CD4+ и CD8+.

**Выводы:** Оценка иммунологических показателей женщин РМЖ в зависимости от гиперэкспрессии Her-2/neu может быть использована в качестве прогностического критерия течения заболевания. Полученные нами результаты также свидетельствуют о том, что

гиперэкспрессия Her-2/neu коррелирует с прогностически неблагоприятными признаками клинического течения РМЖ. Так, иммуносупрессивное свойство этого антигена злокачественной опухоли выражается не только в количественном изменении соотношения иммунокомпетентных клеток, но и в изменении их функциональной активности. В любом случае, экспрессия этого фактора коррелирует с плохим прогнозом, высоким митотическим индексом, отрицательным рецепторным статусом опухоли. Следовательно блокирование HER2/ neu может замедлить или даже остановить рост опухолей.

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ**

**Саидов Ш.Б.1,2, Хамрабаева Ф.И.2**

**1Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан.**

**2Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) без назначения врача может привести к проблемам с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) у многих людей, особенно при продолжительном применении (Клэсов Р.А. и соавт., 2020). Часто НПВП используются для лечения заболеваний опорно-двигательной системы, что увеличивает риск развития НПВП-гастропатии из-за возможного повреждения слизистой оболочки ЖКТ (Данилов А.И. и соавт., 2020). Недостаток цинка также способствует увеличению риска повреждения слизистой оболочки желудка при воспалении.

**Цель исследования:** изучение характерных клинико-эндоскопических признаков НПВП-индуцированной гастропатии, у пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы при использовании магнитотерапии в динамике терапии.

**Материалы и методы исследования.** В данном исследовании было проведено обследование 20 пациентов, средний возраст  $58,6 \pm 4,9$  лет. Пациенты помимо базисной терапии, получали эзомепразол в дозе 40 мг один раз в день утром за 30 минут до еды внутрь, препарат цинка (Иммуноцинк) в дозе 50 мг в сутки в течение 10 дней лечения и магнитотерапию на эпигастральную область в течение 10 минут с частотой 35 Гц ежедневно в течение 10 дней (аппарат высокоинтенсивной магнитотерапии BTL 6000, Великобритания 2020). У обследованных пациентов давность приема НПВП варьируется в среднем  $4,85 \pm 0,81$  месяцев. Всем пациентам была проведена оценка клинической картины, а также эндоскопическое обследование в первые дни и в динамике терапии.

**Результаты исследования.** Во время исследования у обследованных пациентов наблюдались следующие клинические проявления. У 45% (n=9) пациентов отмечалась умеренная боль в эпигастральной области. Снижение аппетита выявлено у 10% (n=2) пациентов с умеренной интенсивностью. Изжога наблюдалась у 75% (n=15) пациентов, в том числе у 20% (n=4) - выраженная и у 55% (n=11) - умеренного характера. Тошнота отмечена у 60% (n=12) пациентов, в том числе у 35% (n=7) - выраженная и у 25% (n=5) - умеренного характера. В процессе терапии средний срок исчезновения болей в

эпигастральной области составил  $3,89 \pm 0,33$  дня, снижение аппетита -  $4,50 \pm 0,71$  дня, изжоги -  $2,93 \pm 0,46$  дня, а тошноты -  $4,25 \pm 0,45$  дня.

Во время анализа эндоскопических изменений в ЖКТ у пациентов были выявлены следующие результаты: эрозии в желудке наблюдались у 65% (n=13) пациентов, в динамике терапии у 20% (n=4); эрозии в двенадцатиперстной кишке обнаружены у 10% (n=2), в динамике терапии у 5% (n=1). Встречаемость язв в ЖКТ составила 5% (n=1) и не изменилась в процессе терапии.

Вывод. Таким образом, исследования, в которых применялись эзомепразол, цинк и магнитотерапия в дополнение к основному лечению НПВП-индуцированной гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы, продемонстрировали положительные изменения в клинической и эндоскопической картине, оказывая воздействие на снижение воспалительных процессов в области ЖКТ.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ГЕРОНТОВ И СУПЕРГЕРОНТОВ .**

**Саидова Л.Б., Раджабова Г.С.**

**Бухарский Государственный Медицинский институт.**

Актуальность: Научные данные все больше свидетельствуют, что гипертензивные (АГ) и гипотензивные (АрГ) состояния являются «опасными заболеваниями века». Эпидемиологические сведения о них среди населения долгожителей (90 – 105 лет) и супергеронтов (>106лет) в медицинской литературе практически отсутствуют. Эффективных эпидемиологических программ их исследования и контроля в мире среди долгожителей не разработано. Проводимые исследования, в основном клинического характера, включая Узбекистана, охватывают лишь небольшие группы геронтов и супергеронтов (World Health Statistics, 2015; Arizsole A. et al. 2019).

Повышенное АД у пожилых пациентов существенно влияет на продолжительность и качество жизни, т.к. заболеваемость и смертность растет по мере повышения цифр АД. В последнее десятилетие частота АГ значительно увеличилась в т.ч. у лиц старческого возраста людей. В около половины больных, обращающихся к терапевтам амбулаторно-поликлинического учреждения, составляют лица старческого возраста. У 1/3 этих пациентов регистрируется повышение АД. Патологическое влияние гипертензии на функциональное состояние органов и систем организма старческого возраста определяется величиной АД, повышением систолического АД на 10 мм.рт.ст. выше 140 мм.рт.ст. приводит к учащению осложнений на 30%.

Цель: изучить особенности Артериальной Гипертензии (АГ) и Гипотензивные (АрГ) состояния у лиц старческого возраста, геронтов и супергеронтов.

Методы: Продление жизни в принципе возможно, при этом следует рассматривать две проблемы: продление жизни и проблему профилактики сердечно - сосудистых заболеваний, прежде всего гипер-гипотензивных расстройств, которые при определенных условиях даже у геронтов и супергеронтов способны продлить жизнь. Путем анкетирования и патронажа на первичном звене здравоохранения было выявлено 280 геронтов и супергеронтов на территории семейных поликлиник г.Бухары. Исследовали сердечно-сосудистую систему, дыхательную, печеночную и почечную систему, путем измерения А/Д, ЭКГ, общего анализа крови и мочи, сахара в крови и АЛТ /АСТ.

**Результаты:** В результате исследования было изучена частота распространённости физической популяции геронтов и супергеронтов, проживающих в условиях г.Бухары. В эпидемиологическом исследовании определена распространённость общих факторов риска физической мультиморбидности у геронтов и супергеронтов. Изучены и определены региональные эпидемиологические характеристики общих факторов риска в группах популяции геронтов и супергеронтов. Выявлены факторы риска: дислипидемией, курения, избыточной массы тела, гиподинамии, сахарного диабета, стрессы, употребление алкоголя, низкого употребления овощей и фруктов, избыточного употребления соли.

**Заключение:** По результатам современных и наших исследований эффективным контролем АД (при АГ и АрГ) с достижением целевых уровней и снижением факторов риска, а также без дорогостоящих медицинских вмешательств, можно увеличить среднюю продолжительность жизни населения/геронтов свыше 10 лет.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.**

**Саидходжаева С.Б., Хакимов М.Н.**

**Андижанский государственный медицинский институт.**

**Актуальность.** Дислокацию мозга могут вызвать все опухоли независимо от размеров, гистологии и степени злокачественности. При этом основным методом ликвидации данного осложнения является хирургический.

**Цель:** изучить результаты хирургического лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

**Материал и методы:** исследованы результаты хирургического лечения 49 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2016-2018 гг. Общее состояние больных оценивалось по Шкале Карновского, неврологический дефицит по шкале NANO, анализ выживаемости по методу Каплана-Майера в трех месячном катамнезе.

**Результаты:** тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). Среднее значение Индекса Карновского у выживших больных был через 3 месяца после операции был выше на  $7,75 \pm 5,002\%$  чем при поступлении ( $p=0,002$ ). У 6 (12,2%) больных наблюдался летальный исход. Медиана срока смертельного исхода составила 37 суток (ДИ: 0,0-92,4). Прогрессия неврологического дефицита наблюдался у 8,2% больных, стабильность – у 24,5% больных, регрессия у 51,0% больных.

**Выводы:** хирургическое вмешательство является эффективным методом лечения больных супратенториальными опухолями головного мозга с дислокационным синдромом. Необходимо разработать показания к операциям различающиеся по объему вмешательства (тотальное, частичное удаление и декомпрессия).

## **ЗДОРОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА - ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ**

**Салиева М.Х., Минаваров А.А., Ходжихматова Р.Ю., Халмирзаева С.С.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. До сих пор недостаточно изучены гигиенические аспекты использования ИКТ (Информационно-Коммуникационные Технологии) как в учебное, так и в досуговое время и отсутствуют научные данные о влиянии ИКТ на формирование отклонений в физическом развитии старших школьников и студентов. Материал и методы исследования. В образ жизни современных школьников и студентов вошел самостоятельный вид деятельности - использование ИКТ (поиск информации в сети Интернет, общение, просмотр видеоматериалов, прослушивание музыки, чтение литературы, игр и др.), который у старших школьников составляет в среднем 15,0% в бюджете времени дня, у студентов - 10,0%. У старших школьников и студентов установлена связь формирования отклонений в физическом развитии за счет избыточной массы тела и ожирения с ежедневным использованием стационарных электронных устройств.

Результаты и их обсуждение. Образовательные организации чрезвычайно важны для формирования здорового организма. Образовательная микросреда - это сложный, многофакторный комплекс, включающий множество показателей, отражающих условия обучения. Деятельность общеобразовательных учреждений способствует формированию гармоничной, разносторонне развитой, физически здоровой личности и достижению высокой эффективности образовательного процесса. Показано негативное влияние использования электронных устройств в местах с недостаточным уровнем искусственной освещенности (холлы, коридоры, рекреации). Отсутствие рабочего места, оборудованного в соответствии с гигиеническими требованиями (недостаточный уровень искусственной освещенности рабочего места, отсутствие мебели и т.д.), приводит к появлению различных жалоб у старших школьников и студентов. [Для оценки безопасности школ для обучающихся используется уровень санитарно-эпидемиологического благополучия (СЭБ). Это интегральный показатель, характеризующий санитарно-гигиеническое состояние образовательных учреждений во взаимосвязи со здоровьем учащихся. Для предупреждения возможного негативного влияния ИКТ обучения на здоровье и развитие детского организма организаторы образования, педагоги должны знать особенности влияния средств ИКТ на функциональное состояние, работоспособность и здоровье ребёнка; соблюдать гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию учебных кабинетов, в которых используются эти средства, режиму учебы и отдыха детей в процессе воспитания и обучения. В полной мере безопасность занятий может быть обеспечена только в том случае, если в процессе использования компьютерных средств обучения педагоги и родители смогут сформировать у детей стойкие навыки безопасного использования средств ИКТ

Выводы. Специальные исследования, выполненные в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, позволили сформулировать современные требования к школьным компьютерам: абсолютная безвредность для здоровья детей и подростков (в том числе и при суммировании возможных пороговых и подпороговых уровней неблагоприятных воздействий от нескольких компьютеров); полная электро- и травмобезопасность; отсутствие денатурирующего влияния на окружающую среду;

возможность использования для разных возрастных групп; возможность компенсации отклонений в состоянии здоровья (миопия, сниженный слух и др.), а также особенностей развития ребенка (леворукость, высокорослость и др.); исключение необходимости кардинального изменения планировки и оборудования кабинетов, в которых устанавливаются компьютеры.

## **ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ В ПЕРИОД ИННОВАЦИЙ**

**Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. В настоящее время в нашей стране идёт формирование, особенно среди молодёжи, новой системы ценностей, ведущее место среди которых занимает здоровье. Формирование стиля ЗОЖ (Здоровый Образ Жизни), несомненно, должно идти через организацию насыщенной положительными эмоциями двигательной активности, спортивных занятий, через привитие устойчивых гигиенических, коммуникативных навыков, создание психологической поддержки в среде сверстников. Образовательные программы должны быть основаны на дифференцированном подходе к детям и молодёжи с учетом их возраста.

Материал и методы исследования. Необходимо специально фиксировать внимание на проблеме здоровья, потому что мотивация на здоровый образ жизни, несомненно, является одним из ведущих факторов защиты от негативного влияния окружающей среды. С поступлением в школу изменяется положение ребенка в семье, появляются первые серьезные обязанности по дому, связанные с учением и трудом. Все это вместе взятое образует проблемы, которые ребенку необходимо решать с помощью взрослых на начальном этапе обучения в школе.

Результаты исследования. Для формирования ЗОЖ младших школьников очень важно обеспечить условия, которые бы способствовали успешности данной деятельности. 1. Учёт возрастных, индивидуальных и психологических особенностей детей и взрослых. Обязательным также является учёт научно-обоснованных представлений о стадиях полового развития. Существенное значение имеет и правильная оценка психологической ситуации в семье, школьном классе. 2. Учёт особенностей социализации младших школьников. Реализация этого условия предполагает учет особенностей проживания ребенка и его воспитания. 3. Создание благоприятного морального климата в семье. Главный момент влияния семьи на психическое здоровье ребёнка состоит в наличии благоприятной эмоциональной обстановки. Это очень важное условие, которое обеспечивается укреплением доброжелательности каждого по отношению к другим членам семьи, готовности простить и понять, стремления прийти на помощь, сделать приятное друг другу, заботой о здоровье всех членов семьи. Необходима тесная, искренняя дружба родителей, их постоянное стремление быть вместе, общаться, советоваться. Общение - великая сила, которая помогает родителям понять ход мыслей ребёнка и по первым признакам определить его склонность к негативным поступкам, чтобы вовремя предотвратить их. Ребёнку важно ощущать эмоциональную поддержку со стороны близких, живую заинтересованность его школьными и внешкольными делами. Создание благоприятного морального климата и здорового образа жизни семьи обеспечивается за счёт совместного усилия детей и родителей в разнообразных делах.

Труд - один из ведущих факторов воспитания у детей правильных представлений об образе жизни

Выводы. Необходимо методами активного просвещения и направленного, действенного воспитания обеспечить достойное место в общеобразовательных программах основам формирования ЗОЖ, простых ценностей радости и счастья от здоровья. Важно воспитать у подрастающего поколения потребность быть здоровым, научить его избегать нажитых болезней, знать грозящие опасности и пути их предупреждения. Начиная с младшего школьного возраста необходимо формирование у детей ценностей и навыков ЗОЖ. Проблема формирования ЗОЖ и укрепления здоровья у детей становится приоритетным направлением развития образовательной системы, стратегическая цель которых - воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и нравственному поведению.

### **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ**

**Салиева М.Х., Минаваров А.А., Усманова Г.К., Ходжихматова Р.Ю.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Физическое развитие является важнейшим критерием оценки состояния здоровья детей и подростков, отражающим влияние эндогенных и экзогенных факторов; нарушение процессов роста и развития должно расцениваться как показатель неблагополучия в состоянии здоровья. В настоящее время отмечается появление новых гигиенических факторов, при воздействии которых происходит формирование здоровья детей, подростков и молодежи. Одним из таких факторов является использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

Материал и методы исследования. Под информационно-коммуникационными технологиями понимаются технологии, использующие средства микроэлектроники (электронные устройства) для сбора, хранения, обработки, поиска, передачи и представления данных, текстов, образов и звука. Современные школьники и студенты - одна из самых многочисленных популяций людей, регулярно пользующихся ИКТ. Существуют исследования, показывающие негативное влияние информационно-коммуникационных технологий на процесс обучения и социализации. Изменяется бюджет времени на отдельные виды деятельности в режиме дня и образ жизни современной молодежи, ежедневно использующих информационно-коммуникационные технологии.

Результаты и их обсуждение. Использование информационно-коммуникационных технологий школьниками, как самостоятельный вид деятельности, составляет в среднем 15,0% в бюджете времени дня школьников. Это приводит к тому, что сокращается время, предусмотренное для других режимных моментов: сна на 9,0%, двигательной активности (пребывание на свежем воздухе и занятия спортом) на 6,0%. Студенты в среднем тратят 10,0% на использование ИКТ, как самостоятельный вид деятельности, и это приводит к тому, что сокращается время, предусмотренное для других режимных моментов: сна на 7,0%, двигательной активности (пребывание на свежем воздухе и занятия спортом) на 4,0%, и даже времени, отводимого на прием пищи, на 2,0%.

Избыток массы тела, являющийся отклонением в физическом развитии, можно рассматривать, как одну из «мишеней» воздействия частого и длительного использования ИКТ на растущий организм. Раскрыты механизмы такого воздействия: частота и длительность использование ИКТ- увеличение занятий статического характера, снижение двигательной активности, увеличение жировой массы, формирование отклонения в физическом развитии за счет избыточной массы тела; изменение компонентов образа жизни- уменьшение времени ночного сна. Обосновано «суммарное» время использования ИКТ в бюджете времени дня старших школьников и студентов, которое не приводит к формированию отклонений в физическом развитии. Безопасным является использование старшими школьниками и студентами ИКТ в учебной и досуговой деятельности до 3 часов в день.

Выводы. Выявлены управляемые факторы риска образа жизни старших школьников и студентов, оказывающие влияние на появление отклонений в физическом развитии за счет избыточной массы тела: частота использования в неделю и длительность непрерывного использования ИКТ, реализуемых путем применения различных электронных устройств. Важнейшая роль в формировании отклонений в физическом развитии старших школьников и студентов за счет избыточной массы тела принадлежит дефициту двигательной активности, в том числе, при ежедневном длительном использовании стационарных электронных устройств и дефициту ночного сна.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ**

**Саломова И.С., Каримова Н.Н., Каримов Д.Н., Махмудова Ш. А.  
Бухарский филиал РНЦЭМП.**

Введение. Миома матки наиболее распространенное доброкачественное новообразование матки и встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста, при этом существенно снижает репродуктивную функцию женщин. Миома матки до сих пор лечится в основном хирургическим путем и является наиболее частой причиной гистерэктомии. Эмболизация маточной артерии - современной способ лечение миомы матки без хирургической операции. Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миом с помощью специальных эмболов, которой вводится в артерии матки по тонкой трубочке (катетеру) через бедро. Препарат содержит мелкие шарики (эмболы) который прикрывает артерии миомы после чего она погибает в течение нескольких часов. При миоме ЭМА вызывает прекращение кровотока по ветвям маточных артерии кровоснабжающую миому. После прекращения кровоснабжения мышечные клетки формирующую миому гибнут. В течение нескольких недель происходит их замещение соединительной тканью. Затем в процессе рассасывания этой ткани происходит значительное уменьшение или исчезновение узлов.

Методы. В исследование включены 23 пациенток 29-45 лет с симптомом миомы матки, планирующие беременность и получавшие консервативное лечение и которым планировалось хирургическое лечение.

Результаты. По результатам исследования выявлено у 14 (60%) женщины в течение 7- 9 дней наступила аменорея. После лечение отчетливо уменьшение анемии (легкой степени у 98 (46%) женщин, нормальный уровень гемоглобина у 106 (53%). Среднее значение уменьшения размеров матки составило 30,7% (минимальное -8 %, с 415 до 380 см<sup>3</sup>, максимальное -70%, с 1180 до 270 см<sup>3</sup>), ММ- на 25.8% (минимальное

12%, с 285 до 251 см<sup>3</sup>, максимальное 45%, с 849 до 327 см<sup>3</sup>) У 50% (23,1%) женщин размеры матки и миоматозных узлов не изменилось. 20 (92,3%) пациенткам была успешно произведена ЭМА, которым не пришлось удалить репродуктивный орган.

Заключение. Достижение аменореи у большинства пациенток можно считать важным терапевтическим эффектом для больных, страдающих аномальными маточными кровотечениями на фоне миомы матки и нуждающихся в отсроченном хирургическом лечении. Для оценки возможности назначения ЭМА с целью избежать хирургического лечения необходимо оценить долгосрочные результаты после проведения нескольких курсов.

## **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**

**Студент 6 курса п/ф Санжарова Гузалой**

**Научный руководитель: доцент Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.,  
Андижанский государственный медицинский институт**

TORCH – инфекции у новорожденных и детей раннего возраста являются актуальной проблемой современной педиатрии и перинатологии. Если в лабораторной диагностике TORCH – инфекции у взрослых и детей достигнуты определенные успехи, то предрасполагающие факторы в развитии TORCH – инфекции остаются неразработанными.

Целью данной работы явилось изучение перинатальных факторов риска развития генерализованной цитомегаловирусной инфекции у детей первых месяцев жизни.

Под наблюдением находилось 27 детей в возрасте от 1 до 7 месяцев жизни с лабораторным подтверждением острой цитомегаловирусной инфекции - ЦМВИ: Jg M ( $\geq 1:100$ ) и Jg G ( $\geq 1:1000$ ). Большинство детей родились от женщин домохозяек (77,8%), у многих до беременности отмечались осложнения в их здоровье. Среди них были преимущественно выкидыши (22,2%), искусственные аборты (14,8%), мертворождаемость предыдущих детей (8,4%). Отмечались также гинекологические патологии, такие как кольпит (7,41%), аднексит, поликистоз яичника, эрозии шейки матки (22,2%). Существенно часто выявлялись эндокринные заболевания – ожирение (11,1%), диффузный токсический зоб (18,5%), бесплодие (7,41%), миопия (3,71%), НЦД по гипертоническому типу и артериальная гипертензия (25, 9%).

Течение беременности осложнялось угрозой прерывания беременности в ее первой (22,2%) и во второй половине (24,3%), женщины переносили часто ОРВИ и грипп (70,4%), у 3-х (11,1%) женщин обнаруживалось многоводие, у 4-х (14,8%) гестационный пиелонефрит, у 11 (40,7%) выраженные признаки преэклампсии.

Роды у них завершились в 17 случаях (62,9%), преждевременным рождением детей ( $\leq 37$  недель), у 7 (25,9%) проводилась операция кесарево сечение по поводу отслойки нормально расположенной или низко расположенной плаценты, поперечное положение плода, миопия матери и слабость родовой деятельности. Эпизео- и перинеотомия проводилась у 5 (18,5%) женщин.

Таким образом, у новорожденных с острой формой ЦМВИ перинатальный период отягощен многими факторами риска, что усугубляет тяжесть течения основного заболевания.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Санжарова Гузалой, Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.,  
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, частоты проявлений и особенностей их клиники у детей школьного возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 169 школьников с ЖДА в возрасте от 7 до 14 лет. Возраст обследованных был: от 7 – 10 лет - 88, 11 - 14 лет - 81 школьников.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня гемоглобина, количества эритроцита, уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 130 детей (76,9%), со средней тяжестью - 39 школьников (23,0%). Следует отметить, что из обследованных детей преобладают дети в возрасте 7-10 лет. Результаты исследования и выводы. Клинические признаки и жалобы детей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов – 156 детей (92,3%), снижение памяти – у 86 (50,8%), невнимательность - 42 (24,8), извращение вкуса – у 8 (4,7%), снижение успеваемости у 27 школьников (15,9%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 93 (55,0%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее (16 – 8,2%). Изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - “лакированный язык” наблюдался у 36 (21,3%) детей, так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит у 13 (7,67%).

Выявлены также отклонения функции внутренних органов и систем: сердечно-сосудистой системы - систолический шум, тахикардия, незначительное расширение границ сердца – у 8 школьников (4,7%). У 4 детей (2,4%) была выявлена гепатоспленомегалия.

Одним из признаков дефицита железа у детей школьного возраста, при среднетяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития (вес, рост) - 102 (60,3%).

Важным обстоятельством, приводящим к дефициту железа у школьников, явились погрешности в режиме питания в виде сухоядения, преобладания в рационе молочно-растительной пищи, дети мало получали мясных продуктов, овощей, фруктов.

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности

сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Таким образом, ЖДА у детей школьного возраста с высокой частотой наблюдается у школьников 7 - 10 лет, а причинами ее развития являются нерациональное питание. В клинической картине преобладает кожно-эпителиальный синдром, изменения в органах пищеварения, нервной и сердечно-сосудистой системах.

## **ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММ СКРИНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Сапиохунова Х.М.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

В последние годы страны Европейского региона ВОЗ стали уделять больше внимания осуществлению профилактических мер. В рамках этого подхода возник значительный интерес к внедрению новых программ скрининга для выявления различных заболеваний на всех этапах жизни. Скрининг — это предположительное выявление скрытой болезни или дефекта путем применения тестов, обследований и других процедур, которые могут быть проведены быстро (Комиссия по хроническим болезням, США). Цели программ скрининга включают: снижение уровня смертности посредством раннего выявления и раннего лечения заболевания; снижение частоты возникновения заболевания посредством выявления и лечения предболезненных состояний; снижение степени тяжести заболевания посредством выявления лиц с искомым заболеванием и предложения эффективного лечения; расширение выбора за счет выявления заболеваний или факторов риска. Скрининг — это услуга в области здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают болезнью либо ее осложнениями, задаются вопросы или предлагается тест для выявления лиц, которым с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания.

По охвату населения выделяют популяционный, выборочный и целевой скрининг. Популяционный скрининг подразумевает широкомасштабный процесс, в ходе которого пройти скрининг приглашают значительные группы населения. Примерами такого скрининга могут служить скрининг на туберкулез с помощью флюорографии. В такой скрининг включали все детское и взрослое население. Выборочный скрининг осуществляется в определенных популяционных группах населения. Примерами такого скрининга в ряде стран являются национальные программы Health Check по выявлению отдельных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и/или факторов риска их развития. В Великобритании, например, программой NHS Health Check предусмотрена бесплатная проверка общего состояния здоровья каждые 5 лет для лиц в возрасте 40—74 лет без наличия в анамнезе инсульта, заболеваний сердца, почек, сахарного диабета (СД) с целью выявления риска /наличия ишемической болезни сердца (ИБС), СД, болезни почек, острого нарушения мозгового кровообращения; в возрасте 65 лет и старше — наличия когнитивных нарушений. Оценку риска ХНИЗ проводит медицинская сестра или помощник врача в офисе врача общей практики, аптеке, торговом центре, библиотеке или центре досуга. В возрасте старше 74 лет человек может пройти оценку риска у своего врача общей практики или медсестры, если у него есть вопросы или проблемы. В Австралии аналогичный

скрининг на выявление факторов риска развития ХНИЗ предлагают пройти взрослым в возрасте 45—74 лет. При наличии факторов риска (курение, отсутствие физической активности, плохое питание, злоупотребление алкоголем; высокий уровень холестерина, высокое артериальное давление, нарушение метаболизма глюкозы, избыточная масса тела) предусмотрена возможность прохождения бесплатных для пациента медицинских осмотров, которые могут быть инициированы как по просьбе пациента, так и по усмотрению врача (но являются добровольными).

Целевой скрининг — это скрининг, проводимый в отдельных группах высокого риска развития определенного заболевания в составе популяции. Например, скрининг на туберкулез, ВИЧ или гепатит среди лиц с высоким риском развития этих инфекций. К целевому скринингу можно отнести генетический скрининг — обследование родственников на наследственные формы заболеваний, в том числе онкологических. Целевой скрининг на определенные заболевания проводится среди лиц с высоким риском их развития (например, скрининг на рак печени среди пациентов с циррозом печени). Преимущества скрининга: раннее выявление и менее травмирующее лечение на ранней стадии заболевания теоретически позволят вылечить и/или препятствовать развитию осложнений заболевания, увеличить продолжительность жизни.

Недостатки скрининга: более длительный период осознания заболевания человеком (знание о своей болезни), избыточное лечение спорных случаев болезни, необоснованная успокоенность лиц с ложноотрицательными результатами, беспокойство и иногда развитие психических расстройств у лиц с ложноположительными результатами, опасность нанесения непосредственного вреда здоровью некоторыми скрининг-тестами, значительные затраты ресурсов системы здравоохранения. Одной из проблем скрининга является отсутствие доказательств его эффективности при многих заболеваниях на популяционном уровне.

Доля прошедших скрининг в значительной степени зависит от социально-экономического статуса пациента (лица с низким социально-экономическим статусом менее склонны принимать участие в скрининге). Результаты программы во многом зависят от вида заболевания и эффективности организации самой программы. Чем выше в обществе доля лиц, не участвующих в скрининге и последующем лечении, чем хуже организована сама программа, тем менее вероятно, что в популяционной программе будут достигнуты те же результаты.

Скрининговые программы направлены на выявление отдельных заболеваний в целевых популяциях. Скрининг имеет тенденцию выявлять медленно прогрессирующие, менее агрессивные и более поддающиеся лечению заболевания, поэтому программы скрининга всегда будут более эффективными в отношении этих заболеваний, чем в отношении быстропрогрессирующих и агрессивных заболеваний.

## **ПРОФИЛАКТИКА ЭПИДУРАЛЬНОГО ФИБРОЗА.**

**Сарибоев О.М.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. Как известно, боль в поясничной области занимает одно из лидирующих мест среди причин обращения к врачу. Наиболее частыми причинами являются грыжи межпозвонковых дисков, компремирующие нервные корешки. Одним из эффективных методов лечения в данной ситуации является хирургическое удаление грыжи межпозвонокового диска. Но и при этом возможен рецидив болевого синдрома в послеоперационном периоде — так называемый «синдром неудачно

оперированного позвоночника», одной из причин которого считается развитие эпидурального фиброза, интраоперационная профилактика которого является одной из актуальнейших задач современной вертебрологии.

Цель метода заключается в снижении частоты рецидива болевого синдрома у пациентов, перенесших дискэктомию.

Материал и методы исследования. Как известно, развитие рубцово-спаечного процесса в эпидуральном пространстве зависит от двух факторов – наличия гематомы в эпидуральном пространстве и попадания из травмированных в ходе оперативного вмешательства окружающих соответствующий позвонков мышц фибробластов. Аутожиром мы создаем искусственный биобарьер без применения инородных для организма материалов, что предотвращает попадание фибробластов в эпидуральное пространство и развитие там рубцово-спаечных процессов, а Лидаза, нанесенная на аутожир, ускоряет регенерацию окружающих тканей, в частности мышц и к моменту рассасывания аутожира образование свободных фибробластов в прекращается.

Данная методика интраоперационной профилактики рубцово-спаечного процесса в эпидуральном пространстве применена у 68 пациентов, которым проводилась дискэктомия.

Результаты. В ближайшем и отдаленном катамнезе всем пациентам проводилась контрольная МРТ. Ни у кого из обследованных пациентов в катамнезе не визуализировался эпидуральный фиброз. У одного пациента наблюдалось повторение болевого синдрома, связанное с рецидивом межпозвонковой грыжи диска.

Вывод. Предложенная методика интраоперационной профилактики эпидурального фиброза является эффективным способом предотвращения рецидива болевого синдрома, связанного с рубцово-спаечными осложнениями дискэктомии.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ**

**Сатторов А.Х., Мустафакулов И.Б., Исломов Н.К., Умедов Х.А.  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

За период с 2021 по 2024 гг. под нашим наблюдением находились на лечении 303 больных с закрытой травмой грудной клетки, из них у 143 (47,1%) травма была сочетанной, у 161 (52,9%) – изолированной. Мужчин было 170 (56,1%), женщин – 133 (43,9%), в возрасте от 15 до 85 лет. Среди пострадавших изолированными травмами у 20 больных были сдавление грудной клетки без нарушения целостности костей, у 170 – перелом 1-3 ребер со смещением отломков, у 100 – односторонние множественные переломы ребер (4 и более) и у 18 имелись двусторонние двойные переломы ребер, грудины с флотацией грудной клетки.

Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс, который наблюдался у 105 (34,6%) больных. У подавляющего большинства причиной пневмоторакса было повреждение легкого отломками ребер. У 10 больных пневмоторакс возник без повреждения ребер вследствие разрыва булл. Напряженный пневмоторакс имел место у 42 больных и часто сопровождался эмфиземой грудной стенки и средостения. В 64 наблюдений выявлен пневмогемоторакс. Изолированный гемоторакс отмечен у 101 больного, из них у 20 был свернувшийся гемоторакс.

В наших 160 (52,9%) наблюдениях закрытое повреждение груди сочетались с тяжелой черепно-мозговой травмой (у 65), переломами грудного отдела позвоночника

(у 41), переломами костей верхней конечности (у 35), нижних конечностей (у 27) и переломами костей таза (у 8). У 8 больных был выявлен разрыв купола диафрагмы с эвентрацией органов брюшной полости в грудную полость. У 20 больных выявлена обширная внутрилегочная гематома, сопровождавшаяся кровохарканьем. Были также выявлены разрыв главного бронха (у 5) и разрыв пищевода (у 9).

У 53 больных выявлена грудно-брюшинные повреждения: разрывы кишечника (у 20), печени (у 11), селезенки (у 8), брыжейки кишечника с забрюшинной гематомой (у 9). К сожалению, они диагностированы через 6-8 часов после госпитализации. Это объясняется особой сложностью клинической картины и тяжестью течения этих травм. Пострадавший после травмы находится обычно в тяжелом шоковом состоянии, как и при всяком другом тяжелом повреждении груди.

Из общего числа (53) больных грудно-брюшными повреждениями выздоровели 45.

Экстренную торакотомию при травме груди применяли у 45 наших пострадавших. Показаниями к немедленной операции служили разрыв диафрагмы у 8 больных, продолжающееся внутриплевральное кровотечение и напряженная внутрилегочная гематома у 18, разрыв главного бронха у 5 и разрыв пищевода у 9 пострадавших. 6 больным выполнены отсроченные оперативные вмешательства (удаление сгустков крови с декортикацией легкого) по поводу свернувшегося гемоторакса.

Осложнения развились у 105 пострадавших (17,3%). Умерло 9 (1,48%) больных.

### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Сатторов А.Х., Мустафакулов И.Б., Бойназаров М.Э., Чориев Ф.Ф.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Острые изъязвления желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются наиболее частой причиной желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) после язвенной болезни.

В Самаркандском филиале РНЦЭМП за период 2020-2024 гг. находилось 157 больных с ЖКК различной этиологии. Из них с язвенными кровотечениями было 102 (65,0%) больных; с неязвенными – 55 (35,0%) больных.

В 64% случаев с неязвенными кровотечениями причиной кровотечения были острые эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК, которые и вызывают наибольшие дискуссии в выборе лечебной тактики. В ранее проведенных нами исследованиях разработана лечебная тактика у больных с кровотечениями из острых изъязвлений.

Выбор метода лечения должен основываться с учетом клинико-эндоскопических данных – интенсивности кровопотери (по А.А. Гринбергу, 1990), характера кровотечения и наличия факторов риска рецидива кровотечения - 1) множественные острые язвы; 2) размеры острых язв более 1 см; 3) локализация острых язв в зоне «сосудистой дорожки» желудка.

Экстренное оперативное вмешательство показано больным с продолжающимся струйным кровотечением; при остановившемся кровотечении срочная операция показана пациентам с наличием всех указанных факторов риска рецидива кровотечения в сочетании с высокой и средней интенсивностью кровотечения.

Консервативное лечение показано при устойчивом гемостазе и при капиллярном кровотечении на фоне низкой и средней интенсивности кровопотери в сочетании с отсутствием факторов риска рецидива кровотечения.

Общая летальность у больных с неязвенными кровотечениями при подобной тактике составила 6,3%, послеоперационная – 7,2%.

В отдельную группу выделены больные с острыми изъязвлениями желудка и ДПК, возникшие на фоне хронической почечной недостаточности (ХПН). Известно, что у больных с ХПН, не получающих активного лечения (гемодиализ, трансплантация почки), острые изъязвления возникают реже. При активном лечении больных с ХПН происходит повышение кислотности желудочного сока (за счет отсутствия нейтрализующего действия продуктов экскреции и тормозящего влияния уремических токсинов на функциональную активность желудочных желез на фоне атрофического гастрита), что приводит к развитию эрозивно-язвенных поражений желудка. Исследованы 43 больных с ХПН. У 31 (72,1%) больных выявлены острые эрозивно-язвенные поражения желудка, осложнившиеся в 12 (32,5%) желудочно-кишечным кровотечением. В большинстве случаев кровотечения не были интенсивными. Придерживаясь указанной тактики, в 22 случаях проводилась успешная консервативная терапия, только в одном случае выполнена операция. Летальных случаев не было.

## **СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Сейдалиева М.К., Исраилова Д.К., Муйдинов Ф.Ф.**

**Ошский государственный университет, медицинский факультет**

Цель исследования: проанализировать общественное мнение об оказании медицинской помощи населению города Ош. Определить содержание социальной ответственности медицинских работников.

Актуальность: Качественная медицинская помощь пациентам – важное социальное требование современности.

Материал и методы исследования: В социальном опросе приняли участие 139 жителей Ошского региона. По правилам исследовательской этики респондентам была предоставлена информация о цели и содержании исследования, согласие было получено. Анкета состояла из 34 вопросов и данных, которые характеризуют деятельность врачей. В исследовании использованы методы анкетирования GOOGLE FORMS, анализ и оценка проблем в системе здравоохранения. Определены и систематизированы требования к деятельности врача по нескольким критериям с позиции пациентов.

Результаты исследования. Социальная ответственность включает в себя обязательства и требования общества к личности в виде социальных и нравственных норм, моральных принципов, учитывает ожидания заинтересованных сторон, соответствует применяемому законодательству и согласуется с международными нормами поведения, обязательных к исполнению на основе творческого осознания. Главной отправной позицией являются следующие принципы социальной ответственности: подотчетность, прозрачность, этическое поведение, уважение интересов заинтересованных сторон, соблюдение главенства закона, соблюдение международных норм поведения, соблюдение прав человека, ответственность медработника.

Сущность социальной ответственности медицинских работников отражены в Законе КР от 28 мая 2013 года № 81, статье №19, также в международных правовых актах и Этических кодексах разных профессиональных Ассоциаций. Его можно понимать не только как долг медицинского персонала перед отдельными пациентами, но и как социальный договор с человечеством. 139 жителей, проживающие в Ошской области, дали согласие выразить свое мнение о качестве медицинской помощи и предоставили следующие сведения, при поступлении в приемное отделение из 139 респондентов 18,7% отметили, что им оказали медицинскую помощь «очень оперативно», 59,7% – «быстро», 20,1% отметили, что им оказали помощь «медленно», 4,3% – получили ее «очень медленно». «Скорость обслуживания врача на приемные часы» из 139 респондентов 22,3% оценили на «отлично», 43% — на «хорошо», 27% — на «средне», 7,7% — на «плохо».

Оценили «состояние медицинских кабинетов» на «хорошо» 46,8%, на «средне» - 25,9%, на «отлично» - 18,7%, на «плохо» - 10,8%. «Помощь врача» оценена следующим образом: «хорошо» - 43,9%; «отлично» - 37,4%; «средне» - 12,9%, «не очень» - 7,2%.

Умение врача устанавливать «хорошие отношения с пациентами, давая советы», оценивалось следующим образом: 91,8% были «удовлетворены», 7,2% «не были удовлетворены» умением врача «устанавливать отношения и давать хорошие советы». «Доступ к информации» в лечебном учреждении оценили на «отлично» 17,3%, «хорошо» 51,8%, «средне» 20,9%, «не очень хорошо» 11,5%. Пациенты высказали свое мнение о выполнении принципа информированного согласия на лечебном учреждении, где они получают медицинскую помощь, следующим образом: «да» - 80,6%; «нет» - 18,7%; «только иногда» указывают 1,4%, один родитель отметил, что «родители дают согласие, не понимая ничего».

Вывод. В обществе в настоящее время процессы глобализации и цифровизации, которые проходят в условиях рыночной экономики, меняют всю жизнь, мировоззрение, взаимоотношения и связи всего человеческого общества. Такую общественную ситуацию необходимо рассмотреть в социуме, в научных кругах, в государственных и управленческих структурах и только тщательные объективные социальные исследования, анализ, оценка и определение ожидаемых результатов дает возможность разработать продуманные, оправданные и эффективные механизмы, стратегии, которые должны ориентироваться на ценностные, гуманные отношения. По результатам исследования можно оценить качество оказываемой медицинской помощи удовлетворительной. Ответственные за предоставление качественной медицинской помощи государственные, частные ЛПУ и врачи онлайн-консультанты активно работают над созданием эффективной системы здравоохранения, ориентированной на предоставление качественных медицинских услуг для всех жителей. В городе разработана система страхования здоровья и сайты по ЛПУ, которая обеспечивает доступ к медицинским услугам для всех слоев населения. Должный уровень социальной ответственности медицинских работников является одним из ключевых аспектов для обеспечения качественной медицинской помощи.

## **НЕИНВАЗИВНЫЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА**

**Собиров Э.К., д.м.н., доцент Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш.  
Андижанский государственный медицинский институт. Республика Узбекистан.  
Медицинский госпиталь ALMOZN (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef ),  
Арабская Республика Ливия.**

Актуальность: Не смотря на развитие и достижения современной абдоминальной хирургии, проблема диагностики и хирургического лечения острого аппендицита, остается актуальной, и требует дополнительных исследований в этом направлении. Данный факт связан с высоким уровнем заболеваемости – 4-6%, из всех оперированных ургентных пациентов аппендэктомии составляют около 40%, и диагностическими ошибками в пределах 12% - 31%. При этом послеоперационная летальность составляет 0,1-0,2%, кроме того, по данным ряда авторов гистологически неизменный отросток удаляется в пределах от 47% - 59% случаев.

Необходимо отметить, что имея на вооружении массу клинических симптомов, лабораторных методов диагностики, применения современных диагностических методов, как инвазивных, так и неинвазивных, проблема диагностики острого аппендицита по сей день не теряет своей актуальности, и приобрело отдельное, проблемное направление.

Цель исследования: определить возможности неинвазивных и инвазивных методов диагностики острого аппендицита, провести параллели данных методов диагностики с результатами оперативных вмешательств.

Материалы и методы: За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование: Ультразвуковое исследование (УЗИ) - сканер SonoScare – P20, производства Германия. По показаниям мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) - США, Генерал Электрик, модель 2022 года. Диагностическая лапароскопия и оперативные вмешательства - эндовидеокомплекс фирмы COMEG, производства Япония, набор инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная форма, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная форма, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма. Пациенты оперированы в течение 3-4 часов с момента поступления после интенсивной подготовки. Лейкоцитоз у оперированных больных варьировал от 9,7 до 19,4 тыс/мкл. Процент деструктивных форм острого аппендицита, а именно 106 или 82,8%, связано с поздней госпитализацией, отдаленностью проживания пациентов и местными социально-бытовыми условиями.

Результаты и обсуждение: Тщательный анализ имеющего клинического материала выявил определенную последовательность лечения от момента поступления до выписки пациентов, что и определило лечебно-диагностический алгоритм у наших пациентов.

При клиническом обследовании имелись трудности в группе пациентов с катаральным аппендицитом - 22 (17,2%) пациентов. Давность заболевания до 6-7 часов. Приступ начинался внезапно возникшими болями в правой подвздошной области или подложечной области с последующим их перемещением в правую подвздошную. Другие симптомы острого аппендицита встречались непостоянно. Непостоянство

клиники затрудняло клиническую диагностику, и снижало настороженность хирурга в отношении острого аппендицита.

УЗИ брюшной полости: В норме червеобразный отросток не визуализируется, поэтому сам факт визуализации отростка указывает на его воспаление. Непосредственными УЗИ-признаками острого аппендицита явилось увеличение диаметра аппендикса до 8-10 мм и более (в норме 4-6 мм), утолщение стенок до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени» («кокарды»). К косвенным УЗИ - признакам острого аппендицита относили ригидность отростка, изменение его формы (крючковидная, S-образная), наличие конкрементов в его полости, нарушение слоистости его стенки, инфильтрация брыжейки, обнаружение свободной жидкости в брюшной полости, правой подвздошной ямке и (или) в полости малого таза (наиболее частый эхопризнак острого аппендицита). Чувствительность УЗИ при остром аппендиците составило 87,6%. Таким образом, эффективность данного метода исследования прямо пропорциональна деструктивным изменениям в червеобразном отростке.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – 43 пациента. В 28 случаях, то есть 65,1% диагностировано признаки острого аппендицита, у 15(34,9%) больных острый аппендицит исключен. Данные цифры показывают эффективность метода.

Диагностическая видеолaparоскопия производилось с установкой второго 5 миллиметрового троакара для манипулятора с учетом, что при обнаружении признаков аппендицита, была возможность произвести лапароскопическую аппендэктомия. Прямыми признаками явились видимые изменения отростка, ригидность стенок, гиперемия висцеральной брюшины, мелкоточечные кровоизлияния на серозном покрове отростка, наложения фибрина, инфильтрация брыжейки. Непрямые признаки: наличие мутного выпота в брюшной полости (чаще всего в правой подвздошной ямке и малом тазу), гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки слепой кишки. Специфических признаков катарального аппендицита, позволяющих отличить его при лапароскопии от вторичных изменений отростка, на фоне другой патологии не выявили. У 123 пациентов на этапе диагностической лапароскопии диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений, то есть диагностическая точность мониторной лапароскопии при остром аппендиците составило 96%.

По морфологическим признакам нами выделены следующие формы:

Катаральная - 22 (17,2%) пациентов – ригидность стенок, гиперемия, мелкоточечные кровоизлияния на серозном покрове отростка, инфильтрация брыжейки, лейкоцитарная инфильтрация только слизистой оболочки.

Флегмонозная – 89(69,5%) больных - на серозной оболочке видны множественные очаговые или сливные кровоизлияния, лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв, в том числе, и серозной оболочки: в просвете кровь, лейкоциты. На серозной оболочке фибрин.

Гангренозный и гангренозно-перфоративный – 17 (13,3%) - тотальный некроз стенки отростка, диффузная нейтрофильная инфильтрация, имеется дефект стенки отростка.

Выводы: Анализ клинических проявлений острого аппендицита с результатами операционных находок показал, что имеется прямая связь с патоморфологическими изменениями червеобразного отростка. Непостоянство клинической симптоматики в группе пациентов с острым катаральным аппендицитом затрудняет его клиническую

диагностику и что немало важно, снижает настороженность хирурга в отношении острого аппендицита.

Результаты УЗИ при остром аппендиците показали, что эффективность данного метода исследования прямо пропорциональна деструктивным изменениям червеобразного отростка. Чувствительность УЗИ при остром аппендиците составила 87,6%.

Применение МСКТ (43 случая), дало возможность у 15(34,9%) больных исключить диагноз острый аппендицит. В 28 случаях, то есть 65,1%, диагностировано признаки острого аппендицита. Данные цифры показывают эффективность метода и целесообразности использования его в труднодиагностируемых случаях. У 123 пациентов из 128 на этапе диагностической лапароскопии диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений, то есть диагностическая точность эндовидеолапароскопии при остром аппендиците составило 96%. Эти данные доказывают необходимость внедрения диагностическую эндовидеолапароскопию в программу лечебно-диагностического алгоритма при остром аппендиците.

Использование видеолапароскопическую технику в комплексной диагностике острого аппендицита позволит при подтверждении диагноза, перевести диагностическую видеолапароскопию в категорию лечебных или оперативных.

Определенные трудности при применения как неинвазивной так и малоинвазивных методик имеются при диагностике «простого» или катаральной формы острого аппендицита. Проблема выполнения операции решается в каждом конкретном случае отдельно с учетом совокупности клинических проявлений болезни и результатов обследования.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МУЖЧИН**

**Собирова Д.Ш., Мухторова Ю.М., Каримова Л.С., Махмудова Ш. А.  
Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи.**

Актуальность: в супружеских парах с отягощённым анамнезом, риском репродуктивных потерь и перинатальных нарушений необходимы обследование и коррекция диагностированных аномалий для мужчин, которая осуществляется в прегравидарной подготовке.

Цель исследования: оценить роль современного отца в семье в г. Бухаре.

Материалы и методы: в исследование приняли участие 50 мужчин. Мужчинам было предложено пройти онлайн анкетирование. Средний возраст обследуемых составил 24 года. Результаты: для большинства опрошенных, беременность партнерши была желанная (77,1% (37 мужчин)). Зачатие ребенка было запланированным для 62,5% (30 человек) мужчин. Практически все опрошиваемые не прибегали к искусственным методам оплодотворения. У 85,4% мужчин зачатие происходило естественным путем, лишь у 14,6% зачатие проходило искусственным путем (ЭКо). При планировании и подготовке к беременности выяснилось, что 40,8% (20 человек) мужчин читают литературу для будущих пап и об уходе за новорожденными, что составляет меньшую часть опрошиваемых. Несмотря на это, большинство людей читают статьи в интернете для будущих пап и об уходе за новорожденными 53,1% (26 мужчин), а также смотрят ТВ передачи или учебное видео в интернете 51% (25 мужчин). Для более тщательной подготовки к планированию

беременности супруги некоторые мужчины посещают школы и курсы. так, 24,5% (12 мужчин) ходили на курсы для будущих семей.

Выводы: мужчина является базисом любой семьи и его участие в ней отразится на следующем поколении, как и его детей, так и общества в целом. Современные мужчины заинтересованы в продолжение рода, но, зачастую не задумываются о здоровье своего будущего ребенка. Конечно, основную роль рождения здорового ребенка несет женщина, но не стоит забывать о мужском значении в подготовке к беременности, к зачатию ребенка и его содержанию. Портрет современного мужчины таков, что лица мужского пола готовы содержать ребенка, но мало вкладывают усилия в подготовке к беременности и зачатию ребенка.

## **АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ГЕНА IL6 (C-174G) С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

**Содиков С.Б., Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С.**

**Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр,  
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,  
Ташкентская медицинская академия**

Цель исследования. Изучить ассоциацию полиморфных локусов гена IL6 (C-174G) с риском формирования хронических заболеваний печени.

Материал и методы исследования. Клиническим материалом явились 82 взрослых больных с ХЗП (основная группа), которые в зависимости от заболевания разделены на две группы: с хроническим гепатитом (n=38) и циррозом печени (n=38) с ОМЛ. В качестве контроля послужило 80 условно-здоровых лиц без заболеваний печени в анамнезе. Отбор больных производился в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (г. Ургенч) в период с 2020 по 2023 гг. В исследованных группах осуществлялся анализ полиморфных локусов гена TGFb1 (Arg25Pro) методом стандартной ПЦР с применением программируемого термоциклера фирмы «Applied Biosystems» 2720 (США). Статистические анализы проводились с помощью пакета статистических программ «OpenEpi, Version 2.3».

Результаты исследования. Анализ распределения наблюдаемых (No) и ожидаемых (He) генотипических частот гена IL6 (C-174G) в группах больных и здоровых, показал отсутствие их отклонений при равновесии Харди-Вайнберга (PХВ) (P>0.05).

Различия выявленные в частотах полиморфных локусов гена IL6 (C-174G) в основной группе с ХЗП по отношению к контролю характеризовались наличием явной тенденции в увеличении частоты неблагоприятного аллеля С в 1.6 раза ( $\chi^2=3.3$ ; P=0.1; OR=1.6; 95% CI: 0.97 – 2.54). Одновременно замечена не сильно выраженная тенденции к повышению частоты мутантного генотипа C/C среди больных с ХЗП по сравнению с контрольной его частотой в 2.0 раза ( $\chi^2=1.9$ ; P=0.2; OR=2.0; 95% CI: 0.75 – 5.15). Между частотами гетерозиготы G/C в изученных группах статистически достоверного различия не обнаружено ( $\chi^2<3.84$ ; P>0.05)

В группе больных с хроническим гепатитом по сравнению со здоровыми в частотах неблагоприятных аллеля С ( $\chi^2=0.9$ ; P=0.4; OR=1.3; 95% CI: 0.73 – 2.47), генотипов G/C ( $\chi^2=0.1$ ; P=0.8; OR=1.1; 95% CI: 0.5 – 2.6) и C/C ( $\chi^2=0.5$ ; P=0.5; OR=1.6; 95% CI: 0.47 – 5.31) достоверно значимых отличий не установлено.

Однако в группе больных с циррозом печени по сравнению со здоровыми, установлено наличие достоверного повышение носительства неблагоприятным аллелем С в 1.8 раз ( $\chi^2=4.0$ ; P=0.05; OR=1.8; 95% CI: 1.01 – 3.11). Более того в этой же

группе больных наблюдалась явная тенденция к увеличению частоты мутантной гомозиготы С/С в 2.3 раза ( $\chi^2=2.4$ ;  $P=0.2$ ;  $OR=2.3$ ; 95% CI: 0.8 – 6.75).

Вывод. Полиморфные локусы гена IL6 (С-174G) ассоциируются с повышенным риском развития цирроза печени и служат в качестве генетических предикторов утяжеления течения ХЗП.

## **ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА**

**Сорокин Э.П.1., , Эралиев М. Й.2., Сиддиков У. Б.2, Ёкубжанов У. Х.2**

1ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», БУЗ УР «ГКБ № 9» МЗ УР, кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

2Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: Оценить влияние трансфузионной терапии на прогноз у пациентов с сочетанными травмами груди и живота.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарных больных с сочетанными травмами груди и живота, проходивших лечение в РНЦЭМП Наманганском филиале с 01.01.2021 по 31.12.2022. Пострадавшие были доставлены в стационар в экстренном порядке, не позднее 12 часов после получения травмы, в соответствии с профилем медицинской организации (торакальная и абдоминальная травма). Всем пациентам было проведено хирургическое лечение в объеме, зависящем от характера полученных повреждений.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 20 пострадавших, которым проводилась трансфузионная терапия: 16 (80%) пациентам – в первые сутки стационарного лечения, 2 (10%) – на вторые сутки, 1 (5%) пациенту – на 4-е сутки, 1 (5%) пациенту – на 7-е сутки стационарного лечения. В контрольную группу вошли также 20 пострадавших с сочетанными травмами груди и живота, которым трансфузионная терапия за период данной госпитализации не проводилась. Тяжесть травм оценивалась по шкале ISS. Также проводился анализ частоты развития инфекционных и неинфекционных осложнений у пациентов с травмами груди и живота. Для этого применялась шкала оценки риска инфекционных осложнений (ШОРИ) у пациентов с травмами.

Изучались объём и состав вводимых трансфузионных сред. Объём и состав трансфузионной терапии определялся с учётом степени кровопотери, клинической картины, характера повреждений, сопутствующих заболеваний.

Для оценки объема кровопотери применялся индекс Альговера = ЧСС/САД, который в норме составляет 0,5, а увеличение показателя на 0,1 приравнивается к кровопотере 4% ОЦК.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы MicrosoftOfficeExcel 2010, а также автоматического калькулятора сайта [www.medcalc.org](http://www.medcalc.org). Вычислялись медианы, 25 и 75 квартили, осуществлялся анализ многопольных таблиц. Достоверность различий полученных результатов оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни и T-критерия Вилкоксона.

Полученные результаты. В основной группе в первые сутки стационарного лечения 16 (80%) пациентам вводились трансфузионные среды. Трансфузионные среды на вторые сутки получали 7 (35%) пациентов, из них для двоих (10%) это был первый эпизод

переливания компонентов крови. На трети сутки 2 (10 %) пациентам трансфузия проводилась повторно. Трансфузионная терапия потребовалась 5 (25%) пациентам на 4-е сутки, для 1 (5%) пациента это был первый эпизод трансфузии. На 5 сутки была зафиксирована повторная трансфузия двум (10%) пациентам. На 6 сутки трансфузию получил 1 (5%) пациент, 2 (10%) пациента – на 7-е сутки стационарного лечения, для одного (5%) из них это был первый эпизод трансфузии. Трансфузия проводилась однократно 13 (65%) пациентам, 2 (10%) пациентам двукратно, 3 (15%) пациентам трехкратно, 1 (5%) пациенту – четырехкратно, 1 (5%) пациенту – шестикратно (рис 7). Качественный состав трансфузионной терапии был представлен СЗП в 8 (40%) случаях, эритроцитной массой – у 8 (40%) пациентов, обе среды потребовались 4 (20%) пострадавшим.

Для проведения трансфузионной терапии у пациентов в первые сутки стационарного лечения использовано 1010[1000-1040] мл СЗП и 571[411,5-606] мл эритроцитной массы; на вторые сутки – 930[810-1050] мл СЗП и 428[293-616] мл эритроцитной массы; на третьи и последующие сутки – 1010[1000-1050] мл СЗП, 319,5[273-520] мл эритроцитной массы.

Фактором риска в развитии нозокомиальных инфекционных осложнений, который был исследован в данной работе, явилась тяжесть полученной травмы по шкале ISS. У пациентов основной группы с повреждениями средней степени тяжести инфекционные осложнения не развились. Основная часть пациентов, у которых развились нозокомиальные инфекционные осложнения, относилась к группе с тяжелыми повреждениями 2 (10%) пациента и 1 (5%) пациент с крайне тяжелой степенью.

Частота развития инфекционных осложнений оказалась минимальной у 1 (5%) пациента с крайне тяжелым повреждением. Это можно объяснить тем, что летальный исход пациента, имеющих крайне тяжелые повреждения, наступил в течение первых суток после поступления в стационар, когда нозокомиальные инфекционные осложнения еще не успели развиться.

У пациентов в основной группе выявлены следующие осложнения:  
Неинфекционные: анемия различной степени – у 14 (70 %) пациентов, гемоперитонеум – у 14 (70%) пациентов, шок различной степени – у 11 (55 %) пациентов, гемоторакс – 8 (40 %) пациентов, наружное кровотечение – 5 (25 %) пациентов, гемопневмоторакс – 2 (10 %) пациентов, гемоперикард – 1 (5%) пациент, пневмоторакс – 1 (5 %) пациента, подкожная эмфизема – 1 (5%) пациент;

Инфекционные осложнения: плеврит – 1 (5%) пациент, (посттравматические некрозы, свищи) – 2 (10%) пациента,

У пациентов контрольной группы установлены такие осложнения:  
Неинфекционные: гемоперитонеум 11 (55%) пациентов, шок разной степени – 7 (35%) пациентов, гемоторакс – 7 (35%) пациентов, анемия разной степени (легкая и средняя) – 6 (30%) пациентов, наружное кровотечение - 3 (15%) пациентов, гемопневмоторакс – 2 (10%) пациентов, внутренние кровотечения – 1 (5%) пациент;

Инфекционные осложнения: посттравматическая пневмония – 1 (5%) пациент, плевриты – 3 (15%) пациента ( $\chi^2 = 2,89$ ,  $p = 15,5$ ).

При оценке по шкале оценки риска инфекционных осложнений (ШОРИ) среди пациентов основной группы риск инфекционных осложнений был высоким и составил 8 [7-12] баллов. У пациентов контрольной группы риск инфекционных осложнений также был высоким – 7 [5,5-9,5] баллов ( $U=160$ ,  $p > 0,05$ ).

В основной группе при оценке риска инфекционных осложнений по шкале ШОРИ, 2 (10%) пациента имели минимальный риск инфекционных осложнений. В

контрольной группе пациентов с минимальным риском инфекционных осложнений не было. 3 (15%) пациента из основной группы имели умеренный риск инфекционных осложнений, 8 (40%) пациентов из контрольной группы имели умеренный риск инфекционных осложнений соответственно. 7 (35%) пациентов из основной группы имели высокий риск инфекционных осложнений. В контрольной группе 5 (25%) пациентов имели высокий риск инфекционных осложнений. Крайне высокий риск имели 8 (40%) пациентов из основной группы, 7 (35%) пациентов из контрольной группы ( $\chi^2 = 4,67$ ,  $p = 0,19$ ).

Средняя продолжительность нахождения в стационаре пациентов основной группы составила 10 [9-16,5] койко-дней, пострадавших контрольной группы – 10 [7,5-15,5] койко-дней,  $U = 172,5$ ,  $p > 0,05$ . В основной группе средняя продолжительность нахождения пациентов в ОРИТ, составила 56 [7-94] часов, в контрольной группе – 3 [2-11,5] часа. В основной группе средняя продолжительность нахождения в ОРИТ, кому трансфузия проводилась в первые сутки, составила 72 [11-96] часа, при проведении трансфузионной терапии во вторые сутки и позже – 62 [23-474] часа ( $U = 25,5$ ,  $p > 0,05$ ).

В основной группе 18 (90%) пациентов выписаны с улучшением состояния, 1 (5%) пациент переведен в другой стационар, в 1 (5%) случае установлен летальный исход. В контрольной группе все 20 (100%) пациентов выписаны с улучшением состояния,  $\chi^2 = 2,1$ ,  $p = 0,35$ .

**Выводы.** Трансфузионная терапия — один из важнейших компонентов интенсивной терапии при сочетанной травме груди и живота. Трансфузионная терапия, имеет огромную роль при лечении неинфекционных осложнений (анемии) и инфекционных осложнений.

Основываясь на результатах исследовательской работы, можно сказать, что трансфузионная терапия статистически значимо не влияет на нахождение пациентов в стационаре, но статистически имеет влияние на нахождение пациентов в ОРИТ. Объем, состав трансфузионной терапии должен подбираться индивидуально, в зависимости от клинической ситуации, особенности травматических повреждений, сопутствующей патологии, во избежание развития осложнений.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ШОРИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА**

**Сорокин Э.П.1., Эралиев М. Й.2., Сиддиков У. Б.2, Ёкубжанов У. Х.2**

1ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», БУЗ УР «ГКБ № 9» МЗ УР, кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

2Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

**Цель исследования:** Оценить возможность применения в прогнозировании инфекционных осложнений у пострадавших с сочетанными травмами груди и живота шкалы ШОРИ.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ данных 50-ти медицинских карт пациентов с травмами груди и живота, проходивших лечение в БУЗ УР «ГКБ № 9» МЗ УР с 01.09.2019 по 31.01.2021 года. Пациенты доставлены в стационар в экстренном порядке в соответствии с профилем (торакальная и абдоминальная травма). Всем пациентам данной группы проведено хирургическое лечение. Средний возраст пострадавших составил  $40,2 \pm 8,46$  лет. Среди них преобладали мужчины (42 (84,0%)

пациента). Тяжесть травм по шкале ISS среднем составила  $14,18 \pm 5,95$  балла. Инфекционные осложнения были выявлены у 18 (36,0%) пациентов. Тяжесть травм была оценена по шкале ISS на этапе приемного отделения и во время экстренного оперативного вмешательства. Для оценки тяжести состояния на этапах приемного отделения, на 1, 3, 5 сутки стационарного лечения применялась шкала RAPS. Риск развития инфекционных осложнений в условиях приемного отделения оценивался с помощью разработанной Шкалы оценки риска инфекционных осложнений (ШОРИ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы MicrosoftOfficeExcel 2010, а также автоматического калькулятора сайта [www.medcalc.org](http://www.medcalc.org). Вычислялись средние значения, ошибки средних, критерий X<sup>2</sup>.

Полученные результаты. При сравнении тяжести травм и тяжести состояния с использованием интегральных шкал было выявлено, что их информативность переменна. Следует отметить, что шкала ISS имеет низкую информативную ценность у пострадавших с торакоабдоминальными травмами, так как не учитывает 50 % повреждений у данной категории пациентов, что не позволяет обосновано определять тактику интенсивной терапии. В свою очередь, шкала RAPS при проведении оценки и выбора тактики интенсивного лечения критических состояний у пострадавших с торакоабдоминальными травмами при поступлении и в первые сутки интенсивной терапии обладала наиболее высокой диагностической ценностью на данных этапах.

В ходе дальнейшего исследования была проведена оценка исследуемых пациентов с помощью шкалы ШОРИ. Шкала ШОРИ включает в себя оценку в баллах таких показателей, как возраст, наличие признаков алкогольного опьянения на момент госпитализации в многопрофильный стационар, вид травмы, значение индекса Кердо и уровень гемоглобина на дооперационном этапе. При сумме баллов до 2 устанавливается минимальный риск развития инфекционных осложнений, 3-6 баллов - умеренный, 7-8 - высокий, 9 и более баллов - крайне высокий риск развития инфекционных осложнений.

В группу с минимальным риском развития инфекционных осложнений (2 балла и менее) вошли 7 пациентов, инфекционные осложнения у которых не выявлены. Возраст пострадавших в данной группе составил 29 [22;34]. Большинство пациентов получили проникающие ранения (6 (85,7%) чел.), больше половины из них находились в состоянии алкогольного опьянения (4 (57,1%) чел.). Для всех больных данной группы характерны отрицательные или равные нулю значения индекса Кердо (-13,2 [-20,1;-1,9]) и концентрация гемоглобина, находящаяся в пределах референтных значений (133,4 [122;152] г/л).

В группу с умеренным риском развития инфекционных осложнений (от 3 до 6 баллов) вошел 21 пациент, инфекционные осложнения выявлены у 6 (28,6%) из них. Возраст пациентов в данной группе составил 37 [29;46]. По характеру травм большинство пациентов также получили проникающие ранения (16 (76,2%) чел.), большая часть из них на момент госпитализации находились в состоянии алкогольного опьянения (17 (80,9%) чел.). Уровень гемоглобина в данной группе находился в пределах референтных значений (134 [120;146] г/л). Индекс Кердо в данной группе больных существенно отличался – большинство положительные значения (14[-2,4;37,8]).

В группу высокого риска развития инфекционных осложнений вошли 13 пациентов, набравших по шкале 7-8 баллов. Инфекционные осложнения выявлены у 6 (46,2%) из них. Эти пострадавшие старше (средний возраст составил 43 [37;52], и у них чаще встречались закрытые травмы (4 (30,8%) случая). Данная группа риска примерно соответствует предыдущим по частоте встречаемости алкогольного опьянения (9

(69,2%) чел.). Для больных с высоким риском характерны положительные значения индекса Кердо (24,3[10,9;42,1]). Значения уровня гемоглобина находятся в пределах референтных значений, но они ниже, чем в предыдущих группах (120 [111;132] г/л).

В группу крайне высокого риска развития инфекционных осложнений вошли 9 пациентов, набравших по шкале ШОРИ 9 баллов и более. Инфекционные осложнения выявлены у 6 (66,7%) из них. Возраст пациентов в данной группе составил 52 [47;63] лет. Некоторые из них имели признаки алкогольного опьянения при поступлении (2 (22,2%) чел.), при этом у них чаще встречались виды травм, сопряженных с повышенным риском развития инфекционных осложнений (4 (44,4%) пациента). Также пациенты этой группы имели самые высокие значения индекса Кердо (37 [23,4;59,6]). Уровень гемоглобина в данной группе значительно отличался от других групп – у большинства показатель ниже нормы (103 [72;122] г/л).

Выводы. Шкала ШОРИ проста в применении, не требует больших затрат времени и ресурсов, могут быть использованы в стационарах любого уровня. Она показала хорошую диагностическую ценность для прогнозирования инфекционных осложнений у пострадавших с торакоабдоминальными травмами при поступлении в многопрофильный стационар.

## **К ПРОБЛЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАПАРОДОСТУПА В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.**

**д.м.н., доцент Таджикибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш.**

**Андижанский государственный медицинский институт. Республика Узбекистан.**

**(Ректор, д.м.н., проф. Мадазимов М.М.)**

**Медицинский госпиталь ALMOZN (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef),**

**Арабская Республика Ливия.**

Значимость перитонита в абдоминальной хирургии в целом, и в частности аппендикулярного перитонита за последние десятилетия не уменьшилось, вопросы диагностики, эффективности различных оперативных методов лечения остаются проблемными в практической хирургии и дискуссионными в периодической литературе. Аппендикулярный перитонит является самым распространённым осложнением острого аппендицита. Локальные формы выявляются у 27-62% больных, диффузный и разлитой у – 11-30%. Частота послеоперационных осложнений прямо пропорциональна развитию перитонита и составляет от 21% до 62,1%. Разлитой аппендикулярный перитонит часто является противопоказанием к применению лапароскопического доступа, и основанием не только для конверсии, но и для применения исходно лапаротомий, частота последних доходит до 68,5%. Вместе с тем, роль лапароскопической аппендэктомии при аппендикулярном перитоните, особенно в случаях его распространенных форм, в современных международных руководствах практически не освещена ввиду отсутствия доказательных данных. Между тем, имеются публикации, где показаны преимущества и безопасность лапароскопических вмешательств не только при местных, но и при распространенных формах аппендикулярного перитонита, не смотря на то, что в действующих российских и европейских рекомендациях не определен адекватный вариант лапароскопического доступа.

Цель исследования: Оценка эффективности эндовидеолапародоступа в плане одномоментной диагностики и хирургической коррекции острого деструктивного аппендицита осложнённым перитонитом.

Материалы и методы: За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование, при этом базовыми являлись тщательный сбор анамнеза, клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, диагностическая лапароскопия (ДЛ). УЗИ производили с помощью сканера SonoScape – P20, производства Германия. По показаниям мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Данное исследование производили на компьютерном томографе производства США, Генерал Электрик, модель 2022 года. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании комплекса полученных данных. Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма.

Результаты и обсуждение: Анализ клинического материала выявил последовательность обследования и лечения от момента поступления до выписки пациентов, что и определило лечебно-диагностический алгоритм у наших пациентов. Первым этапом явилось общеклиническое обследование, которое проводилось в классическом варианте. Следующим этап - УЗИ. В норме аппендикс не визуализируется, поэтому сам факт визуализации отростка указывает на его воспаление. Непосредственными УЗИ-признаками острого деструктивного аппендицита явилось увеличение диаметра аппендикса до 8-10 мм и более (в норме 4-6 мм), утолщение стенок до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени» («кокарды»). Необходимо отметить, что чувствительность УЗИ при остром аппендиците составило 87,6%. Таким образом, точная диагностика данного метода прямо пропорциональна деструктивным изменениям в червеобразном отростке.

Один из методов неинвазивной диагностики острого аппендицита-мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – 43 пациента. В 28 случаях, то есть 65,1% диагностировано признаки острого аппендицита, у 15(34,9%) больных острый аппендицит исключен. Данные цифры показывают эффективность метода. Начальным этапом оперативного вмешательства являлась диагностическая видеолапароскопия, которая производилась через 11 – миллиметровый порт, установленный в верхней точке Калька. Для полноценной визуальной ревизии, устанавливали второй 5- миллиметровый порт для манипулятора по средней линии на 3-4 см ниже пупка в зависимости от ситуации с учетом, что при обнаружении признаков аппендицита, была возможность произвести лапароскопическую аппендэктомию. У 123 пациентов на этапе диагностической лапароскопии диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений, то есть диагностическая точность эндовидеолапароскопии при остром аппендиците составило 96%.

После верификации диагноза острого аппендицита, всесторонней оценки операционной ситуации дополнительно устанавливали отдельный порт – 10 мм в правой подвздошной области. Таким образом, использовался трех троакарный доступ. Расположение троакаров не являлась стандартной, каждый вариант – в зависимости от операционной находки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась антеградным и ретроградным способами. При деструктивных формах острого аппендицита с

явлениями перитонита, операция завершалась санацией и обязательным дренированием брюшной полости (Акт внедрения №-208 от 09.10.2023).

Особо хотелось бы отметить группу пациентов с деструктивными формами острого аппендицита -106 (82,8%). В 7 случаях морфологические изменения купола слепой кишки и основания червеобразного отростка вынудили выполнить аппендктомия экстракорпоральным путем с минимальной степенью травмы открытого доступа, что составило 6,6%, но необходимо отметить, что санацию и дренирование выполнено лапароскопическим доступом. К этому моменту необходимо отметить, что у 44 (41,5%) больных с распространённым (в пределах двух анатомических зон брюшной полости) и локальным перитонитом санацию и дренирование брюшной полости выполнено лапароскопическим доступом, не смотря на то, что стоял вопрос о конверсии. В группе больных с деструктивным аппендицитом (106 пациентов) у 62(58,5%) больных имело место признаки локального перитонита, а у 27(25,5%) пациентов - явления диффузного перитонита. У 17(16,0%) пациентов распространённый перитонит. В раннем послеоперационном периоде имело место нагноение точки введения умбиликарного порта у 6 (4,7%) пациентов.

**Заключение.** У 123 пациентов из 128 на этапе диагностической лапароскопии диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений, то есть диагностическая точность эндовидеолапароскопии при остром аппендиците составило 96%. Эти данные доказывают необходимость внедрения диагностическую эндовидеолапароскопию в программу лечебно-диагностического алгоритма при остром аппендиците, что позволит при подтверждении диагноза, перевести диагностическую эндовидеолапароскопию в оперативную.

Санация брюшной полости лапароскопическим доступом является эффективным методом лечения перитонитов аппендикулярной этиологии. Использование санации брюшной полости лапароскопическим доступом позволило избежать широкой лапаротомии у 43 (40,6%) больных.

Эндовидеолапароскопический доступ несет в себе не только диагностический характер, но и позволяет внести позитивный эффект при выборе вектора оперативного доступа конверсии. В частности визуальная оценка операционной ситуации, определение характера и распространённости перитонита, при положительном решении использования конверсии, эндовидеолапароскопия дает возможность выбора и маркировки (точной локализации и объёма) открытого доступа, то есть максимально минимизировать травму оперативного доступа конверсии, сохраняя при этом принцип малоинвазивности.

### **САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЛАПАРОДОСТУПОМ - МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.**

**Д.м.н., доцент Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш.**

**Андижанский государственный медицинский институт. Республика Узбекистан.**

**(Ректор, д.м.н., проф. Мадазимов М.М.)**

**Медицинский госпиталь ALMOZN (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef),**

**Арабская Республика Ливия.**

Аппендикулярный перитонит является самым распространённым осложнением острого аппендицита. Локальные формы выявляются у 27-62% больных, диффузный и

разлитой у – 11-30%. Частота послеоперационных осложнений прямо пропорциональна развитию перитонита и составляет от 21% до 62,1%. Разлитой аппендикулярный перитонит часто является противопоказанием к применению лапароскопического доступа, и основанием не только для конверсии, но и для применения исходно лапаротомий, частота последних доходит до 68,5%. Вместе с тем, роль лапароскопической аппендэктомии при аппендикулярном перитоните, особенно в случаях его распространенных форм, в современных международных руководствах практически не освещена ввиду отсутствия доказательных данных. Между тем, имеются публикации, где показаны преимущества и безопасность лапароскопических вмешательств не только при местных, но и при распространенных формах аппендикулярного перитонита, не смотря на то, что в действующих российских и европейских рекомендациях не определен адекватный вариант лапароскопического доступа. Кроме того, несмотря на прогресс в хирургии летальность при перитоните аппендикулярного происхождения остаётся на достаточно высоком уровне, по данным различных авторов достигает 1,5%, а при развитии абдоминального сепсиса поднимается до 54,5%. Таким образом, возможности эндовидеолапароскопической техники оперирования для положительного решения данной проблемы недостаточно исследованы, и данная проблема нуждается в отдельном изучении. Это связано с тем, что внедрение в лечение острого аппендицита эндовидеохирургию меняет некоторые ранее принятые положения касающихся диагностики, тактики лечения и выбора оперативного доступа у пациентов с острым деструктивным аппендицитом осложнённым перитонитом

Цель исследования: Оценка эффективности санации брюшной полости эндовидеолапароскопическим доступом в эндовидеохирургии острого деструктивного аппендицита осложнённым перитонитом.

Материалы и методы: За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование, при этом базовыми являлись тщательный сбор анамнеза, клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, диагностическая лапароскопия (ДЛ). УЗИ производили с помощью сканера SonoScare – P20, производства Германия. По показаниям мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Данное исследование производили на компьютерном томографе производства США, Генерал Электрик, модель 2022 года. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании комплекса полученных данных. Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма.

В группе больных с деструктивным аппендицитом (106 пациентов) у 62(58,5%) больных имело место признаки локального перитонита, а у 27(25,5%) пациентов - явления диффузного перитонита. У 17(16,0%) пациентов распространенный перитонит. Необходимо отметить, что гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит имело место у 17 (13,3%) пациентов из 128.

Результаты и обсуждение. Особо хотелось бы отметить группу пациентов с деструктивными формами острого аппендицита -106 (82,8%). В 7 случаях

морфологические изменения купола слепой кишки и основания червеобразного отростка вынудили выполнить аппендэктомию экстракорпоральным путем с минимальной степенью травмы открытого доступа, что составило 6,6%, но необходимо отметить, что санацию и дренирование выполнено лапароскопическим доступом. К этому моменту необходимо отметить, что у 44 (41,5%) больных с распространенным (в пределах двух анатомических зон брюшной полости) и локальным перитонитом санацию и дренирование брюшной полости выполнено лапароскопическим доступом, не смотря на то, что стоял вопрос о конверсии. Данное обстоятельство потребовала установки дополнительных 5 – миллиметровых портов, для выполнения качественной и надежной санации зоны интереса и установки дополнительных дренажей, что позволило избежать широкой лапаротомии.

Техника санации брюшной полости лапароскопическим доступом (Акт внедрения №-208 от 09.10.2023): При наличии признаков перитонита (наличие гнойного или серозно-фибринозного выпота) производилась первичная санация, то есть удаление выпота. После окончания этапов операции аппендэктомии с помощью аквапургатора под давлением промывалась брюшная полость после поднятия головного конца операционного стола до чистых вод. Это способствовало стеканию промывных вод в нижний этаж брюшной полости, где эвакуация патологической жидкости значительно легче особенно при использовании маманипулятора.

Для санации использовали теплый 0,5 % раствор диоксида, как правило, для промывания брюшной полости использовали от 4 до 6 литров раствора в зависимости от степени распространенности и поражения. Контрольная визуальная ревизия и санация. В зависимости от ситуации устанавливали дополнительно 5 – миллиметровые порты для выполнения качественной и надежной санации зоны интереса и адресной установки дополнительных дренажей отдельно от зоны оперативного вмешательства. Использование санации брюшной полости лапароскопическим доступом позволило избежать широкой лапаротомии у 44 (41,5%) больных.

В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, антибиотикотерапию, ранняя активация, выписывались на 4-5-6 сутки в зависимости от общего состояния. В раннем послеоперационном периоде имело место нагноение точки введения умбиликарного порта у 6 (4,7%) пациентов.

Выводы. Лечение больных с острым аппендицитом, осложненным различными формами перитонита, сложная и окончательно не решенная проблема в ургентной абдоминальной хирургии, и возможности эндовидеолапароскопии в совокупности с вспомогательной техникой для положительного решения данной проблемы недостаточно исследованы. Внедрение в хирургическое лечение острого аппендицита и его осложнений, эндовидеоскопическую технику изменяет некоторые ранее принятые положения касающиеся показаний и противопоказаний, техники выполнения операции, и тактики ведения больных.

Санация брюшной полости лапароскопическим доступом является эффективным методом лечения перитонитов аппендикулярной этиологии позволяющей снизить процент ранних послеоперационных осложнений. Использование санации брюшной полости лапароскопическим доступом позволило избежать широкой лапаротомии у 43 (40,6%) больных.

Операции с использованием эндовидеолапароскопической техники, в хирургическом лечении острого аппендицита и его осложнений, является эффективным и перспективным направлением современной ургентной абдоминальной хирургии, имеет возможности для одномоментного решения проблемы диагностики и хирургической коррекции острого аппендицита и его осложнений.

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

Таджибоев Х.Л, Сайфиддинов К.О, Исмоилов И.И.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Лечение ожоженных является одним из наиболее сложных и дорогостоящих разделов медицинской помощи пострадавшим. Местное лечение ожоговых ран занимает одно из ведущих мест среди компонентов комплексного лечения ожоженных и остается одной из сложных проблем современной комбустиологии. Сроки восстановления кожного покрова у этих контингентов пострадавших с ожоговой травмой во многом определяют течение и исход ожоговой болезни. При этом, важным является выбор средств, применяемых в местном лечении ожоговых ран. Основными задачами местного лечения является купирование местного воспаления, которая способствует эпителизации ран в оптимальные сроки, или предоперационная подготовка при глубоких ожогах.

В этом аспекте применение временных раневых покрытий для местного лечения ожоговых ран является перспективным направлением. Применение временных раневых покрытий дает ряд преимуществ, которые обусловлены их свойствами. Во-первых они атравматичны, препятствуют вторичному инфицированию ожоговой раны, обеспечивают адекватный дренаж. Кроме того, создают идеальный микроклимат для эпителизации раны из-за того, что обеспечивают газообмен и теплообмен. Немаловажными являются возможность анатомического моделирования в зависимости от локализации раны, они гипоаллергенны и экономически эффективны.

В отделении комбустиологии Наманганского филиала РНЦЭМП для местного лечения ожоговых ран применены временные раневые покрытия производства ЗАО «Новые перевязочные Материалы» (Россия): Парапран с лидокаином, химотрипсином, хлоргексидином, Воскопран с левомеколью, метилурацилом.

При применении вышеуказанных раневых покрытий мы ориентировались на ингредиенты, содержащиеся в них. Так, Парапран с лидокаином использовали в ранние сроки после травмы. Парапран с хлоргексидином, Воскопран с левомеколью, Воскопран с метилурациловой мазью были использованы с целью местного антибактериального и противовоспалительного лечения, стимуляции местных регенераторных процессов. Парапран с химотрипсином использован после проведения операции некрэктомии на участках глубоких ожогов с целью ускорения формирования грануляционной ткани и последующего проведения аутодермопластики.

При применении раневых покрытий нами отмечено снижение интенсивности болевого синдрома в ожоговых ранах, уменьшение плазморреи через раневую поверхность, ускоренные сроки эпителизации поверхностных ожогов, ускоренное очищение участков глубоких ожогов, что позволила в оптимальные сроки производит аутопластическое закрытие раневых дефектов при обширных глубоких ожогах.

Хорошая фиксационная способность их к раневой поверхности, стертое течение периода раневого воспаления, уменьшение сроков образования сухого некротического струпа на ожоговых ранах обеспечивает производство безболезненных перевязок. Сетчатая структура полиамидной основы раневого покрытия с пропитанными препаратами, обладающими обезболивающей и антибактериальной свойствами, стимулирующими регенераторные процессы в ожоговой ране, позволяет сократить

сроки эпителизации поверхностных ожогов, ускоряет сроки формирования грануляционной ткани на участках глубоких ожогов.

Таким образом, применение временных раневых покрытий Парапран и Воскопран с различными активными компонентами для местного лечения ожоговых ран позволяют снижению болезненности и травматичности перевязок, обладают выраженной противомикробной защитой, а также сокращают сроки полной эпителизации поверхностных ожогов и сроки подготовки глубоких ожогов к аутодермопластике.

## **АНЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (на примере Джалал-Абадской области)**

**Тажибаева У.Ж.1, Маматов С.М.2**

**Ошский государственный университет, медицинский факультет  
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева.**

Актуальность. Исследование анемии в основном были сосредоточены на маленьких детях и беременных женщинах, однако анемия также вызывает серьезные проблемы со здоровьем у пожилых людей. Анемию часто можно легко диагностировать и лечить, однако она поражает большие группы населения в странах с низким и средним уровнем дохода. Пожилое взрослое население быстро растет по всему миру, в связи с чем влияние анемии на эту популяцию станет более крупной глобальной проблемой. Документирование распространенности анемии и выявление сопутствующих факторов в разных странах поможет должностным лицам системы здравоохранения более эффективно бороться с этим заболеванием.

Цель исследования: оценить характер анемии у пожилых пациентов и основную этиологию анемии по материалам центра семейной медицины города Джалал-Абад.

Дизайн и методы исследования: это было проспективное наблюдательное исследование на базе одного центра семейной медицины, проведенное среди пациентов в возрасте 60 лет и старше в городе Жалал-Абад, одноименной области. Анемия определялась как уровень гемоглобина менее 13 г/дл у мужчин и 12 г/дл у женщин.

Полученные результаты: Среди 173 пожилых пациентов с анемией среднее значение гемоглобина составило  $78,9 \pm 4,1$  г/л. Этиологическое распределение анемии было железодефицитным у 42 (24,3%) больных, хронического заболевания - у 37 (21,4%) больных; связанные с гематологическими нарушениями - у 17 (9,8%), с дефицитом витамина В12 - у 16 (9,2%), с хронической болезнью почек - у 8 (4,6%), с дефицитом фолиевой кислоты - у 17 (9,8%), и с гипотиреозом - у 7 (4,0%) пациентов; смешанные анемии (дефицит железа и В12 и фолиевая кислота) имелись у 18 (10,4) и у 11 пациентов (6,3%) этиологию установить не удалось.

У 50% пациентов с дефицитом железа были поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а у 40,5% причина была связана с питанием. Распространенными хроническими заболеваниями, вызывающими анемию, были злокачественные новообразования (35,1%) и заболевания печени (21,6%). Миелодиспластический синдром был наиболее частым гематологическим заболеванием. У 54,8% больных была нормоцитарная анемия, у 35,7% — микроцитарная анемия, у 9,5% — макроцитарная анемия.

Выводы. Наши результаты подтверждают необходимость признания высокой важности анемии, особенно при диагностике и лечении пожилых пациентов. Это, в

свою очередь, может положительно повлиять на ряд исходов, таких как смертность, продолжительность пребывания и снижение функциональных возможностей госпитализированных лиц.

Ключевые слова: пожилые люди, анемия, этиология, центр семейной медицины

## **КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА**

**Тахиров Ж.М., Асилова С.У.**

**Ташкентская медицинская академия кафедра травматологии и ортопедии  
ВПХ с Нх**

Актуальность: По данным ( 4, 27, 34, 35, 36, 38).при описание клинической картины , необходимо отметить , что срединный относится к смешанным нервам, СН составе имеется двигательный, чувствительный и вегетативные волокна. Поэтому клиническая картина у каждого больного может иметь некоторые отличия, является вариантами основных симптомов только парестезии и боли.

Целью нашей работы является: изучить клинику и диагностику синдром запястного канала.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились с 2015 по 2024г. 120 больных. С синдромом запястного канала .При изучение клиническую картину СЗК делили на 3 стадию: Первая стадия было у 60 больных и отмечали кратковременные ишемии СН те периодические боли и парестезии в области по передней поверхности кисти 1 - 3 пальцев полный и 4 половине пальца. Вторая стадия отмечали у 10 больных постоянные парестезии и чувство " покалывания", также соответствующие нарушенной микроциркуляции срединного нерва и наличием отека. При ЭНМГ исследования отмечали нарушенную нервную проводимость.Третья стадия было 50 больных , которых отмечали гипотрофия и атрофия мышц тенора. Боли, парестезия постоянный днем и ночью и наличием отека, изменения цвета кожи в области кисти. При ЭНМГисследования отмечали, что процессы демиелинизации и аксональной денервации вторичны СН.

В начальной стадии заболевания симптомы имеет преходящей характер и продолжается кратковременно при выполнении некоторых действий, который отмечается с повышением внутрикарпального давления. Постепенно развивается заболевания , постоянно приобретают постоянный характер. При обследования больных у 65 % больных отмечаюся ночные боли.

Диагностика . Для выявления СЗК проводятся простые клинические тесты:

Тест Тинеля при перкуссии в проекции срединного нерва возникает ощущение парестезии и боли , также покалывания в пальцах. было у 105 больных.

Тест Фалена: при согнутых лучезапястном суставах и поднятых вверх руках в течение 60 с. отмечаются боли и парестезии в пальцах отмечали у 75 больных..

Тест Гиллета: при сдавливании плеча , раздуванием манжетки при измерении АД в течение 60 с. возникают боли и онемение наблюдали у 68 больных..

Тест Дюркана: в области карпального канала при помощи пальцев проводят компрессии т.е пальцевая компрессия, при этом больные отмечают боль и парестезия в пальцах имели у 95 больных.

Оппозиционная проба: при этом , когда у больных отмечается выраженной слабости в области тенора , они не может соединить 1 - 5 пальцы отмечали у 10 больных..

Симптом "встряхивания" со слов больных из-за боли и онемения в руке больные просыпается начинает разминать и встряхивать кисть до облегчения симптомов. Этот симптом было у 70 больных.

Для установки точного диагноза является ЭНМГ, который дает возможности определить степень тяжести, объективно исследовать СН и оценить прогноз СЗК. При помощи данного исследования можем поставить диагноз на основании показателя амплитуды М - ответа с скорости проведения импульса по СН.

Наиболее точно информации для установке диагноза является показатели УЗИ исследования, позволяет оценить функциональное состояние СН. При этом отмечается увеличение площади поперечного сечения СН на уровне гороховидной кости, уплощение на уровне входа в карпальный канал и изменение СН эхо-структуры.

Таким образом, СЗК имеет характерные клинические признаки, которые систематизируют его по степени тяжести, от легких до тяжелых.

**Выводы:**

1. Синдром запястного канала имеет 3 стадии, которые отличаются клиническими признаками и давности заболевания.
2. В зависимости от стадии заболевания определяется тактика лечения.

## **АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ**

**Ташланов М.М., Кулдашев К.А., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т.,  
Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.**

**Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи  
Андижанский Государственный Медицинский институт**

С целью определения показаний к хирургическому и консервативному методам лечения вторичных повреждений при сочетанных черепно-мозговых травмах был осуществлен ретроспективный анализ 181 истории болезни больных с очаговыми ушибами.

Из анализа были исключены 10 больных, которые были оперированы в других учреждениях до поступления в Андижанский филиал РНЦЭМП без предварительного компьютерно-томографического исследования. Анализ динамики глубины бессознательного состояния среди оперированных и неоперированных больных показал, что неоперированные больные по уровню сознания были относительно стабильны в течение первых 11 суток после травмы, тогда как больные, которые были оперированы в РНЦЭМП часто демонстрировали клиническое ухудшение, связанное в основном с угнетением уровня сознания, а иногда, и нарастанием очагового урологического дефицита. При объеме менее 30 мл все больные лечились консервативно, а при объеме свыше 40 мл осуществлялось только хирургическое лечение. В случае объема очага ушиба от 30 до 40 мл использовали как хирургическое, так и консервативное лечение. Из 9 не оперированных больных с объемом свыше 30 мл скончались трое (один больной скончался вследствие не удаленной внутримозговой гематомы, остальные от внемозговых причин). Следовательно, условную границу между объемом очага ушиба-размозжения в хирургических и не хирургических группах можно провести на уровне 30 мл. Однако, если имеется проникающая черепно-мозговая травма или вдавленные переломы, оперативное лечение безусловно показано даже если пострадавший соответствует вышеперечисленным критериям.

Таким образом, выбор метода лечения больных с очаговыми ушибами разможжениями основывается на клинических и компьютерно-томографических показателях. Успех лечения и правильный выбор тактики в настоящее время невозможен без учета вторичных внутричерепных и внечерепных факторов и их выраженности, а также без учета удельного веса очаговых и диффузных повреждений мозга.

### **ЛИМФОТРОПНАЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ.**

**Ташланов М.М., Кулдашев К.А., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т,  
Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.**

**Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи Андижанский Государственный Медицинский институт**

**Цель:** изучить эффективность применения лимфотропной иммуномодулирующей терапии для профилактики и лечения внутричерепных инфекционно-воспалительных осложнений при сочетанных черепно-мозговых травмах (СЧМТ).

**Материалы и методы:** Проведен анализ 270 больных поступивших в нейрохирургическое отделение Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с СЧМТ.

**Результаты и их обсуждение:** Корреляционный анализ показал ( $n=270$ ), что развитие внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений зависит от наличия переломов свода и основания черепа ( $r=0,6$ ;  $p<0,01$ ), наличия открытой черепно-мозговой травмы ( $r=0,6$ ;  $p<0,01$ ) и длительности коматозного состояния ( $r=0,5$ ;  $p<0,01$ ). В свою очередь развитие этих осложнений четко коррелирует с исходами черепно-мозговой травмы ( $r=0,7$ ;  $p<0,01$ ).

С целью профилактики и лечения этих осложнений была проведена региональная лимфотропная терапия 154 больным с открытой СЧМТ, без экстракраниальных инфекционных очагов или сепсиса. Препараты вводились 1 раз в сутки в область шейных и подчелюстных лимфатических узлов со стороны раны на протяжении 1-3 дней. Другой группе больных с такой же патологией (50 человек) лимфотропная терапия не проводилась, лечение шло путем введения инфузий внутривенным и внутримышечным способом. К сожалению, традиционные методы введения антибиотиков и иммуномодуляторов не обеспечивают терапевтических концентраций препаратов в лимфатическом русле. Кроме того, в крови и тканях лечебные концентрации препаратов удерживаются весьма ограниченное время 4-12 часов. Используемая нами лимфотропная антибактериальная и иммуномодулирующая терапия при однократной инъекции препарата в среднетерапевтической разовой дозе, обеспечивает лечебную концентрацию в течении 24 часа не только в лимфатической системе, но и в большинстве тканей, сыворотке тканей, сыворотке крови.

**Выводы:** Предложенная лимфотропная иммуномодулирующая терапия повышает эффективность базисного лечения, предотвращая развитие инфекционных осло

## КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Авторы Тимкина Н.В., Симаненкова А.В., Устюжанина А.О., Радугин Ф.М., Черникова А.Т., Каронова Т.Л.

Организации ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

### Аннотация

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Диабетическая периферическая полинейропатия (ДППН) - распространённое и наиболее раннее хроническое осложнение сахарного диабета (СД). ДППН может быть ассоциирована с поражением костной ткани и низкотравматичными переломами, особенно при СД 1 типа. В связи с этим, оценка взаимосвязи между нарушением со стороны периферической нервной ткани и параметрами костного обмена актуальна для клинической практики.

**ЦЕЛЬ.** Оценить параметры костного ремоделирования у больных СД 1 типа с различной степенью выраженности ДППН.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 90 больных СД 1 и ДППН типа в возрасте от 18 до 55 лет на фоне стабильной инсулинотерапии в течение последних 3 месяцев. Проведена оценка уровня HbA1c, 25(OH)D, общего кальция (Ca), неорганического фосфора (P), паратиреоидного гормона (ПТГ), остеокальцина (ОК), С-концевого телопептида коллагена I типа (СТХ), фактора роста фибробластов (ФРФ-23) в сыворотке крови. Степень выраженности неврологического дефицита определена по шкале нейропатического дисфункционального счета (NDS), шкале оценки симптомов нейропатии (NSS) и мичиганскому опроснику для скрининга нейропатии (MNSI). Проведена двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (DXA) с определением минеральной плотности костной ткани (МПК) и трабекулярного костного индекса (ТКИ).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Независимо от степени выраженности ДППН, больные СД 1 типа были сопоставимы по уровню HbA1c, 25(OH)D. Выявлена прямая корреляционная связь между выраженностью неврологических нарушений и ИМТ ( $r=0,214$ ;  $p=0,044$ ), а также стажем СД ( $r=0,246$ ,  $p=0,019$ ). Недостаточность и дефицит витамина D диагностированы у 79% обследованных больных СД 1 типа, однако, уровень 25(OH)D в сыворотке крови не коррелировал с выраженностью ДППН, а также уровнем HbA1c, длительностью СД и суточной дозой инсулина ( $p>0,05$ ). Установлена положительная корреляционная связь между уровнем ПТГ и выраженностью неврологических симптомов и отрицательная - с уровнем HbA1c. Больные СД 1 типа и разной степенью выраженности неврологического дефицита не различались по показателям МПК и ТКИ. Z-критерий менее  $-2,0$  SD зарегистрирован всего у шести пациентов (8,8%), а частично деградирующая микроархитектоника костной ткани - у 8 пациентов (11,8%). Связи между маркерами костного ремоделирования и параметрами углеводного обмена выявлены не были.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Таким образом, показатели МПК, ТКИ и маркеры костного ремоделирования у больных СД 1 типа и ДППН не зависели от степени выраженности неврологического дефицита, степени компенсации и длительности СД. Дефицит витамина D характерен для большинства больных СД 1 типа, но уровень 25(OH)D не зависит от уровня HbA1c, длительности заболевания и суточной дозы инсулина.

## ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ УСТРАНЕНИЯ ТЕТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СО СПИННО-МОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ.

Тулаев У.Б., Исоев А.И.  
РСНПМЦН, г. Ташкент

Ввиду разнообразия морфологических форм и тяжести клинических проявлений врожденные спинномозговые грыжи с трудом поддаются лечению и часто приводят к стойкой инвалидности. Особенности при данной патологии, накладывают определенный отпечаток на выбор анестезиологического пособия, которое должно отвечать условиям снижения риска по возникновению интраоперационных осложнений, более раннему пробуждению и восстановлению сознания. В полной мере этим требованиям может отвечать сбалансированная анестезия на основе ГОМКа и мидазолама, которые обеспечивают нейровегетативную защиту, дозозависимое снижение церебрального кровотока и метаболизма, уменьшают внутричерепное давление, что оказывает благоприятное влияние на состояние ЦНС, делает возможным как высокоуправляемое выключение, так и восстановление сознания.

Материалы и методы. Проведен анализ 62 детей в возрасте от 3 месяцев до 10 лет с первичным и вторичным тетринг синдромом и врожденной спинно-мозговой грыжей, оперированных в отделении нейрохирургии детского возраста. Физическое состояние по классификации ASA детей соответствовало II—III классу. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе проводилась атаралгезия мидазоламом и фентанилом ( $n = 28$ ), во 2-й группе - тотальная внутривенная анестезия ГОМКом и фентанилом ( $n = 34$ ). Премедикация во всех случаях осуществлялась по схеме: атропин (0,01 мг/кг), кетамин (3-4 мг/кг), димедрол (0,5-1 мг/кг).

В 1-й группе: индукция в наркоз осуществлялась болюсным введением мидазолама 0,4-0,6 мг/кг в два этапа (1/3 расчетной дозы, затем через 1-2 мин 2/3 дозы) и фентанила 3-5 мкг/кг, после введения болюса ардуана 0,5 -0,7мг/кг производили интубацию трахеи. Поддержка анестезии болюсным введением мидазолама 0,05-0,2 мг/кг каждые 30 минут. Во 2-й группе индукцию проводили ГОМКом в дозе 60-70 мг/кг, фентанилом 3-5 мкг/кг. Анестезию поддерживали введением ГОМКа S -  $\frac{1}{3}$  от индукции каждые 30-40 минут. Искусственная вентиляция легких (в обеих группах) проводилась в режиме нормовентиляции с контролем по конечно-выдыхаемой концентрации углекислого газа ( $EtCO_2$ ) - 33-35 мм рт. ст. После перевода на ИВЛ производилась укладка больного на живот. В обеих случаях анестезию поддерживали болюсным введением фентанила 3-5 мкг через каждые 15 минут. При оценке пробуждения больных после анестезии использовались следующие показатели: время от момента окончания операции до экстубации трахеи и время вступления в контакт с врачом с возможностью проведения послеоперационного неврологического обследования. Для оценки уровня восстановления дыхания, двигательной активности и сознания пользовались шкалой предложенной в 1970 г. Aldret и Kroulik.

Результаты и их обсуждение. Исследованы показатели центральной гемодинамики и оценен уровень пробуждения в условиях сбалансированной анестезии на основе ГОМКа или мидазолама. При индукции в наркоз и интубации трахеи происходило увеличение ЧСС на 4,2% ( $p < 0,05$ ) у 2-й группы пациентов, а у 1-й группы больных отмечено увеличение числа сердечных сокращений на 5,1%. САД снижалось при вышеизложенных вариантах анестезии соответственно на 11,8 % ( $p < 0,001$ ) и на 13,1 % ( $p < 0,001$ ). В результате этих изменений УОС при анестезии с использованием

мидазолама увеличился соответственно на 11,4%, а при использовании ГОМКа 7,7%. МОС возрос на 16,9 % ( $p < 0,05$ ) в 1 -и группе и 6,7 % ( $p < 0,05$ ) во 2-й.

На момент начала и наиболее травматичном этапе операции при всех вариантах анестезии происходило увеличение ЧСС соответственно на 9,7 % ( $p < 0,05$ ) и на 16,1% ( $p < 0,05$ ) выше этапа индукции в наркоз, что приводило МОС к уровню на 33,8 % ( $p < 0,001$ ) и на 16,8 % ( $p < 0,001$ ), превышающим уровень первого этапа соответственно при 1-м и 2-м вариантах анестезии. УОС возрастал соответственно на 13,9 и на 7,9 % ( $p < 0,05$ ) по отношению к исходному этапу. С началом хирургической агрессии САД у 1-й группы больных имело тенденцию к увеличению на 13,1% по сравнению с индукцией, а 2-й группы на 8,5 % от первоначального этапа.

В момент окончания операции показатели гемодинамики изменялись незначительно и имели тенденцию к возвращению на исходный уровень. ЧСС уменьшилась во всех группах, стала соответствовать исходному уровню. УОС во 2-й группе больных превышал уровень исходного этапа на 6,9% ( $p < 0,001$ ), а в 1-й на 4,4%. При первом и втором вариантах анестезии наряду со ЧСС МОС сохранился на уровне, превышающем первый этап соответственно на 6,1% и на 3,9%. Показатели САД изменялись незначительно.

Пробуждение в 1-й группе больных было быстротечным. Максимальный уровень пробуждения по шкале Aldret и Kroulik был достигнут к 35-й минуте после вмешательства. На 5-й минуте средний уровень (в баллах) составил  $3,2 \pm 0,78$ , на 15-й минуте -  $3,8 \pm 0,8$ , на 25-й минуте -  $5,3 \pm 0,82$  балла. У детей в группе с использованием ГОМКа период пробуждения проходил гладко и быстро. Уровень пробуждения по шкале Aldret на 5-й минуте составил  $2,4 \pm 0,51$  балла, на 15-й минуте -  $3,6 \pm 0,54$ . на 25-й -  $5,2 \pm 0,78$  балла.

**Выводы.**

Анестезия на основе ГОМКа и болюсного введения фентанила при оперативных вмешательствах по устранении тетринг синдрома позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентом анестезиологического пособия, а также легко регулировать глубину анестезии в зависимости от интраоперационной ситуации, не вызывая

отрицательных гемодинамических эффектов.

Использование мидазолама (дормикума) и ГОМКа в качестве компонента общей анестезии способствует стабилизации показатели центральной гемодинамики.

## **ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

**Тулеметов С.К.  
Университет Альфраганус**

Имеется тесная взаимосвязь больших слюнных желез с репродуктивной системой. Большие слюнные железы способны не только к экзокринной (пищеварительные ферменты и муцины слюны), но и эндокринной (эпидермальный фактор роста, фактор роста нервов, глюкагон, калликреин, ренин, паротин, сиалорфин и др.) секреции. Биологически активные факторы больших слюнных желез обладают пара- и эндокринным действием на различные органы и системы, в том числе на репродуктивную систему. С другой стороны, активность клеток стенок выводных протоков больших слюнных желез находится под контролем половых гормонов.

Введение тестостерона вызывает гипертрофию протоков подчелюстных слюнных желез. Восстановление нормальной структуры протоков зависит от мужских половых гормонов. Аналогичные изменения возникают при кастрации. Одновременно с этим в клинической практике выявлено, что у мужчин с заболеваниями мочеполовой сферы (изменением количества мужских половых гормонов) нередко встречается интерстициальный сиаладеноз.

Цель исследования. Изучить влияние тотальной сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников неполовозрелых крыс.

Материалы и методы. Исследование проводилось на неполовозрелых (21 день,  $40 \pm 8,0$  г) белых беспородных крысах-самцах, которые были разделены на 3 группы: 1-ая - 10 интактных, 2-ая - 10 ложноперирированных и 3-я - 10 сиалоаденэктомированных животных. Крысам сиалоаденэктомированной группы проводили двустороннюю тотальную сиалоаденэктомию - удаление околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных желез. Экспериментальных животных забивали через 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 и 12 недель после операции под легким эфирным наркозом. Для светооптических исследований семенники крыс фиксировали в жидкостях Карнуа и Буэна, после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета измеряли в поперечно срезанных канальцах при помощи окуляр микрометра об.20 ок.10. Индекс сперматогенеза рассчитывали на 50 извитых семенных канальцев. Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверными считались различия, удовлетворяющие  $P < 0,05$ .

Результаты и обсуждения. Сиалоаденэктомия у неполовозрелых крыс вызывает структурные изменения семенников. Просвет извитых семенных канальцев крыс всех групп обнаруживается с 1 недели эксперимента. У крыс интактных и ЛО групп сперматогонии и сперматоциты выявляются в составе сперматогенного эпителия с 1 недели, поздние сперматиды – со 2 недели, сперматозоиды – с 3 недели эксперимента, тогда как у животных сиалоаденэктомированной группы поздние сперматиды определяются с 3 недели, а сперматозоиды – лишь с 6 недели эксперимента. В составе сперматогенного эпителия крыс сиалоаденэктомированной группы на 2-4 неделе после удаления больших слюнных желез наблюдаются клетки с морфологическими признаками гибели и крупные многоядерные сперматиды. На 4 неделе после сиалоаденэктомии наблюдаются утолщение и извилистость контуров базальной мембраны извитых семенных канальцев. Появление гибнущих клеток и многоядерных сперматид свидетельствует о нарушении мейотического деления I и II в ходе сперматогенеза, что может быть следствием как прямого влияния сиалоаденэктомии на половые клетки, так и опосредованного через sustentocytes (клетки Сертоли). Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета у крыс сиалоаденэктомированной группы с 3 по 6 неделю эксперимента меньше, чем у животных 1-ой и 2-ой групп. Уменьшение просвета извитых семенных канальцев может быть связано с угнетением выработки внутриканальцевой жидкости клетками Сертоли. Индекс сперматогенеза у крыс сиалоаденэктомированной группы на 1-3 неделе также снижен по сравнению с таковым животных интактных и ложноперирированных групп. Таким образом, удаление больших слюнных желез у неполовозрелых крыс вызывает замедление становления сперматогенеза в извитых семенных канальцах. Влияние сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников, вероятно, опосредовано недостатком биологически активных веществ больших слюнных желез, в частности, эпидермального фактора роста.

Заклучение. Тотальная сиалоаденэктомия приводит к замедлению роста семенников и задержке сперматогенеза. Описанные структурные изменения семенников неполовозрелых крыс, подвергшихся сиалоаденэктомии, нивелируются к 8 неделе эксперимента.

## **ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЧЕРЕЗ ОРГАНИЗМ МАТЕРИ**

**Тулеметов С.К.  
Университет Альфраганус**

Неблагоприятные факторы экологической среды (промышленные, сельскохозяйствен-ные, бытовые ядохимикаты и др.) оказывают отрицательное влияние не только на состояние здоровья женщин фертильного возраста, но и на пре- и постнатальное развитие будущего потомства.

Целью работы было изучение влияния хронической интоксикации материнского организма некоторыми пестицидами и гепатотропными ядами на структурные особенности постнатального роста и становления органов эндокринной, иммунной и выделительной систем полученного от них потомства.

Материал и методы. Половозрелые, нерожавшие белые крысы-самки, разделенные на 3 группы, подвергались хроническому воздействию пестицидов ламбда-цигалотрина, фипронила и гепатотропного яда гелиотрина с соответствующим контролем. На 90 сутки хронической интоксикации самки оплодотворялись здоровыми самцами. Потомство, полученное как от опытных, так и от контрольных самок, забивали под легким эфирным наркозом на 3, 7, 14, 21, 30 и 90 сутки после рождения. Кусочки гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, тимуса, лимфатических узлов, селезенки, печени и почек, взятые в указанные сроки, исследовались с помощью морфологических морфометрических и электронно микроскопических методов.

Анализ результатов показал, что хроническая интоксикация материнского организма оказывает существенное влияние на структурные параметры роста и становления исследованных органов в постнатальном онтогенезе. Эти изменения практически во всех органах проявлялись в виде снижения массы органов по сравнению с соответствующим возрастом контрольной группы. Степень выраженности морфологических изменений находилась в прямой зависимости от токсико - биологических свойств использованных препаратов. Наиболее выраженное снижение темпов постнатального роста и становления эндокринных, иммунных и внутренних органов наблюдалось у потомства, полученного от матерей с хронической интоксикацией гелиотрином. Далее по степени выраженности морфологических и морфометрических изменений располагался инсектицид полученного интоксикацией фипронил. У потомства, от матерей с пестицидом хронической ламбда цигалотрин, эти изменения были выражены в относительно меньшей степени. В эндокринной системе выявлено снижение темпов формирования фолликулов в щитовидной железе и нарушение дифференцировки различных зон коры надпочечников. Эти изменения в эндокринных железах сопровождалась гипоплазией тиротропоцитов и кортикотропоцитов аденогипофиза. Изменения в иммунных органах проявлялись в виде уменьшения площади долек тимуса и снижения плотности распределения тимоцитов в корковом веществе. В селезенке и лимфатических узлах отмечено уменьшение площадей и плотности распределения клеток Т-зависимых зон органов. В

печени выявлено полнокроеие синусоидных гемокапилляров и венозных сосудов, число пролиферирующих и двуядерных гепатоцитов во все сроки исследования было снижено относительно контроля. Снижение темпов роста нефронов обнаружено в почках, что проявлялось в виде уменьшения площадей капиллярных клубочков и числа клеток в канальцах нефронов.

Таким образом, хроническая интоксикация материнского организма обуславливает нарушение течения естественных процессов постнатального роста и становления органов эндокринной, иммунной и выделительной систем. Можно предположить, что токсическое воздействие на организм матери, приводящее к определенным метаболическим изменениям, нарушает межсистемные взаимоотношения в организме плода. Следствием этого является замедление процессов пролиферации и дифференцировки клеток практически всех органов и систем потомства в постнатальном онтогенезе.

### **ЭКСТРЕННАЯ АУТОТЕНДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ СУХОЖИЛИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

**Туляганов Д.Б., Худайназаров Д.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Давлатов Дж.Х., Ганиев О.А., Исломов А.А.**

В экстренной микрохирургии встречаются случаи, когда при открытых сочетанных травмах верхних конечностей приходится иметь дело с обширными дефектами сухожилий на значительном протяжении. Подобные травмы обычно бывают при тракционном или раздавливающем механизме и нередко сочетаются также с дефектами кожи и мягких тканей. Из-за высокого риска развития инфекционных осложнений, восстановительные операции в таких случаях обычно откладываются на более отдаленный «холодный» период. При этом возникает необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры; восстановление при этом нередко приходится выполнять в два и более этапов, что значительно удлиняет период реабилитации.

С 2007 по 2023 год в РНЦЭМП было пролечено 15 пациентов с дефектами сухожилий; при этом с повреждениями сгибателей было 9 (60%), разгибателей – 6 (40%). Мужчин было 12 (80%), женщин – 3 (20%). Средний возраст больных составил – 28,9 лет. Все они были оперированы в первые 12 часов после получения травмы.

Следует отметить, что у 7 (46,7%) больных удалось использовать оставшиеся относительно малоповрежденные мышцы, чтобы произвести так называемую мышечно-сухожильную транспозицию для восстановления наиболее необходимых функций. В остальных 8 (53,3%) случаях пришлось выполнять ауто сухожильную пластику с использованием в качестве графтов широкой фасции бедра – у 5 (33,3%) и свободных фрагментов утильных сухожилий – у 3 (20%). Имевшиеся кожные дефекты в 10 (66,7%) случаях удалось закрыть местными перемещенными лоскутами, причем у 2 (13,3%) из них - с добавлением еще и свободных полнослойных аутокожных трансплантатов. Лучевой лоскут был использован в 4 (25,7%), а лоскут на ножке с передней стенки живота - в 1 (6,7%) случае. Послеоперационное течение было в основном гладкое. В ближайшем периоде отмечено 2 (13,3%) случая осложнений в

виде краевых кожных некрозов перемещенных лоскутов, которые не потребовали дополнительных вмешательств. При гладком послеоперационном течении среднее время пребывания в стационаре составило 6 суток.

Большинство больных приходило к нам на контрольные осмотры после снятия швов и окончания сроков иммобилизации, в сроки от 1 до 6 месяцев после операции. Но отдаленные результаты удалось проследить только у 6 (40%) пациентов, из которых с повреждениями сгибателей оказалось 2, а разгибателей – 4.

Больные, которым были произведены мышечно-сухожильные транспозиции, первыми показали достаточно хорошие отдаленные результаты. Это объяснялось тем, что у них сухожильный шов выполнялся на одном уровне и потому рубцовый процесс был на гораздо меньшем протяжении, что значительно сокращало период реабилитации.

Больные, которым пришлось выполнять аутосухожильную пластику с использованием в качестве графтов свободных утильных сухожильных фрагментов или широкой фасции бедра, восстанавливались значительно дольше. Основной причиной было то, что в процессе приживления трансплантата, вокруг него формировалась соединительнотканная «манжета», через которую осуществлялось кровоснабжение. Через 2-3 месяца эта «манжета» подвергается рубцовому перерождению, что резко ограничивало подвижность трансплантата. Кроме того, поскольку этим больным выполнялся остеосинтез, процесс костной консолидации занимал 2-3 месяца. Ну и, наконец, всем этим больным одновременно произведена кожная пластика, когда аутосухожильный графт закрывался или островковым (лучевым) лоскутом, или лоскутом на ножке с передней стенки живота, приживление которых, также усиливало местный рубцовый процесс.

На контрольных осмотрах через 3 месяца, после полного приживления лоскутов, снятия гипса и удаления спиц, больные только начинали период разработки, и у всех у них отмечалось наличие выраженных сухожильно-суставных контрактур. Однако, спустя еще 2 месяца у 2 из был достигнут удовлетворительный уровень как мышечной силы, так и амплитуды движений. Необходимо отметить, что если бы восстановление сухожилий не было бы выполнено в экстренном порядке, то начать производить его можно было бы только сейчас, т.е. после окончания сроков иммобилизации и выполнения реабилитации для разработки контрактур. А это, с учетом того, что понадобится, возможно, несколько этапов операции, еще от 3 до 6 месяцев нетрудоспособности.

Выводы:

Выполнение реконструкций при дефектах сухожилий в экстренном порядке связано с определенным риском развития инфекционных осложнений.

Отрицательные моменты реконструкций в отдаленном периоде - это необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры и то, что восстановление нередко приходится выполнять в два и более этапов.

Тем не менее, по сравнению с экстренными реконструкциями, восстановление сухожилий и нервов в плановом порядке, с учетом того, что понадобится, возможно,

несколько этапов операции, может продлить период нетрудоспособности еще от 3 до 6 месяцев.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**

**Туракулов З.Ш., Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Бадалов Б.У.,  
Тожиддинов Ш.Ш.**

**Андижанский Государственный медицинский институт  
Урологическом отделении клиники ОДММЦ**

**Введение.** В последние годы внедрение малоинвазивных методов лечения таких как трансуретральное рассечение при уретероцеле представляет перспективное направление для улучшения результатов хирургического лечения (УЦ) у детей. Использование этих методов позволяет улучшить эффективность лечения, минимизируя необходимость в инвазивных методов, что особенно важно в педиатрической практике. Цель исследования. Оценить отдаленные результаты эндоскопического метода лечения уретероцеле у детей.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили результаты обследования 38 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, из которых 24 (63.1%) девочки и 14 (36.8%) мальчики, оперированных по поводу уретероцеле в урологическом отделении детской областной многопрофильной клинической больницы за период 2010-2023гг. Всем больным выполнено трансуретральное рассечение стенки уретероцеле.

**Результаты.** Катамнез прослежен у всех больных в сроки от 6 мес. до 10 лет. Всем пациентам выполнено ультразвуковое исследование, лабораторные анализы по показаниям микционную цистоуретрографию, цистоскопию, радиоизотопное исследование почек.

В 4 случаях выполнена повторная операция через 1 год после операции у которых не было отмечено восстановления функции почки, при нефункционирующем верхнем полюсе почки проведена геминефруретерэктомия. У 4 пациентов наложен неоцистоуретероанастомоз по Политано-Леадбеттера. Начальные стадии ПМР при консервативном лечении склонны к разрешению процесса, что свидетельствует о необходимости сдержанного подхода показаниям повторного оперативного вмешательства. Учитывая вышеизложенное что, при полном удвоении мочеточника частота рецидивов инфекции мочевыводящих путей была выше, и им чаще требовалось повторное хирургическое вмешательство.

**Заключение.** Таким образом, применение трансуретральной резекции позволяет уменьшить сроки их пребывания в стационаре после ликвидации обструкции наступает стойкая ремиссия пиелонефрита на фоне улучшения уродинамики верхних мочевых путей пациенты после эндоскопической коррекции УЦ ускорить реабилитационный период, что значительно улучшает качество жизни пациента.

## СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А и В

Тухтаназарова Н.С  
Андижанский государственный медицинский институт

Среди неинфекционных заболеваний органов пищеварения значительный удельный вес занимает поражение гепатобилиарной системы (ГБС). В возникновении патологии ГБС играют роль многие факторы, в частности вирусный гепатит. По литературным данным, вирусный гепатит (ВГ) считается фактором высокого риска в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Известно, что ВГВ является наиболее частой причиной хронического гепатита, в то же время при ВГА отсутствует хронизация. Однако поражение печени и желчного пузыря, так называемые «остаточные явления после перенесенного ВГА и ВГВ» с одинаковой частотой встречаются в повседневной практике врача. Некоторые авторы трактуют эти состояния как «затянувшаяся реконвалесценция» или «постгепатитный синдром». Их симптоматика характеризуется признаками общей астенизации, неопределенными болями в животе, диспептическими явлениями и увеличением размера печени. В ряде случаев эти симптомы расцениваются как проявления хронического гепатита. Длительное диспансерное наблюдение за такими детьми подтвердило, что не у всех больных имеется хронический гепатит. Чаще у них наблюдается поражение желчевыводящих путей.

Установлено, что поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при ВГ имеет в основном функциональный характер с преобладанием с преобладанием вторичной дискинезии компенсаторного характера. Дискинезия желчевыводящих путей при ВГ патогенетически обуславливается поражением вегетативной нервной системы, а частота холециститов после перенесенного ВГ колеблется от 2,9% до 56,1%.

До настоящего времени у детей мало изучена частота поражений гепатобилиарной системы после ВГ, не раскрыты многие стороны патогенеза и лечения, недостаточно разработана система диспансерного наблюдения за такими детьми.

Поэтому цель нашей работы- изучение частоты и характера поражений ГБС после перенесенного ВГ А и В ( 42 мальчика, 31 девочка в возрасте от 4 до 15 лет). У всех был исключен хронический гепатит после комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования. Дети обследовались в сроки от I месяца до 6 лет после выписки из стационара с целью выявления поражения ГБС. Им проведено комплексное обследование, включающее биохимическое исследование крови ( билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, общий белок, его фракции,  $\beta$ -липопротеиды, холестерин, щелочная фосфатаза), ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря, холецистография.

В зависимости от формы ВГ выделено 2 группы. Первую составляли 47 детей, которые перенесли ВГ А, вторую-26 детей после ВГВ.

При изучении анамнестических данных выяснилось, что у большинства детей (72,2%) после перенесенного ВГ появились боли в животе или диспептические явления. У остальных детей (23,8 %) жалобы, указывающие на патологию органов пищеварения, были до ВГ, однако 85,7% этих детей отмечали усиление болевого синдрома и диспептических явлений после ВГ.

Независимо от формы ВГ боли носили различный характер: тупой, ноющий, приступообразный. Боли чаще локализовались в правом подреберье, реже в эпигастрии, пилородуоденальной зоне и по ходу кишечника.

Из диспептических явлений наиболее часто отмечались тошнота, реже рвота, снижение аппетита, неустойчивый стул, склонность к запорам, отрыжка, изжога и горечь во рту.

При клиническом обследовании выявлено увеличение размера печени ( на 2-3 см по среднеключичной линии), болезненность в точке желчного пузыря и положительные пузырьные симптомы.

При биохимическом исследовании крови у детей I группы отмечалось незначительное увеличение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ-9,1%), щелочной фосфатазы (10%),  $\beta$ -липопротеидов (17%), холестерин (11%). В то же время у детей, переболевших ВГВ, подобное увеличение уровня трансаминаз встречалось чаще (45,5%), чем у детей, перенесших ВГА.

Таким образом, несмотря на давность перенесения ВГ в обеих группах детей у части из них наблюдается нерезко выраженное изменение биохимических анализов крови-маркеров синдромов цитолиза и холестаза. Но у детей, переболевших ВГВ, эти синдромы наблюдаются чаще (45,5%) чем у детей, перенесших ВГА (9,1%).

При ультразвуковом сканировании желчного пузыря и печени у 95,4% детей обеих групп отмечалось увеличение размеров желчного пузыря с наличием осадка в его полости ( хлопья желчи). Примерно у 40 % детей перечисленные изменения сочетались с утолщением передней стенки желчного пузыря более 2 мм, которое расценивалось нами как эхографическое проявление хронического холецистита вне стадии обострения. У 40% детей выявлены различные деформаций желчного пузыря в виде перегибов, перетяжек сложных деформаций, которое с одинаковой частотой встретились при обеих формах ВГ. У части детей функциональное нарушение и холецистит сформировались на фоне деформации желчного пузыря.

Нами была проведена эхографическая оценка состояния печени. При этом обнаружено незначительное повышение эхогенности печени у 11,9% детей при ВГА, 47,8% детей при ВГВ. Эти изменения, по-видимому, были за счет явления холестаза при поражении самой паренхимы печени, что требует дальнейшего изучения и наблюдения в динамике.

Холецистография, которая проведена у части детей обеих групп, показала, что у 1/3 детей выявлены функциональные нарушения желчевыводящих путей, более чем у 1/3 детей – проявления хронического холецистита. У 1/5 детей перечисленные изменения развивались на фоне деформации желчного пузыря. В ряде случаев встретились изолированные деформации без нарушений двигательной функции желчного пузыря и воспалительных изменений его.

Таким образом, у детей, перенесших ВГ, по данным клиники, биохимических, ультразвуковых исследований и холецистографии обнаруживаются изменения со стороны ГБС, свидетельствующие о наличии ее морфофункциональных изменений. При этом у детей, перенесших ВГВ, эти изменения наблюдались чаще. Мы не нашли зависимости характера поражения ГБС от формы перенесенного ВГ.

Следует отметить, что у детей (23,8%), которые предъявляли жалобы, указывающие на поражение ГБС до перенесения ВГ, данное заболевание явилось провоцирующим фактором обострения хронического поражения этой системы, тогда как у части больных (72,2%) жалобы на боли в животе или диспептические явления появились только после ВГ, которой служил пусковым механизмом патологии ГБС.

## ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТА

Тухтаназарова Н.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Судорожный синдром- это расстройство функций ЦНС, проявляемое как совокупность симптомов клонических, тонических или клонико- тонических произвольных сокращений мышц, которое может сопровождаться потерей сознания. У детей первого года жизни судорожные состояния отмечаются значительно чаще, чем у детей старших возрастных групп.

Цель исследования: Оказание специализированной медицинской помощи при судорожном синдроме у детей.

Материалы и методы исследования: Мы наблюдали 72 ребенка в возрасте от 3 мес. До 3 лет, поступивших в Андижанскую областную инфекционную больницу с диагнозом ОРВИ, судорожный синдром. Детей в возрасте до 1 года было 40, от 1 года до 2 лет -25, от 2 до 3 лет -7.

Впервые судороги возникли у 30, повторно- у 32. У 10 детей судороги возникали при каждой острой респираторной патологии даже на фоне субфебрильной температуры тела.

У всех детей были выявлены различные отягощающие факторы в течение беременности матерей (токсикоз I и II половины беременности, заболевания в первые 3 мес. беременности, угрозы на выкидыша), родов (стремительные или затяжные роды, слабость родовой деятельности, применение акушерских пособий, родовые черепно-мозговые и спинальные травмы).

У всех детей не задолго до поступления или в момент поступления в стационар развивался судорожный припадок, тип которого зависел от возраста ребенка, состояния преморбидного фона, степени выраженности интоксикации, гипоксии и т.д. Всем детям проводились электроэнцефалографическое и реоэнцефалографическое исследования. На ЭЭГ регистрировались диффузные высокоамплитудные медленные потенциалы частотой 1,5-3 кол/с, амплитудой 250-350 мкВ, острые иглоподобные волны, комплексы “острая-медленная волна”.

Результаты и обсуждение: На РЭГ у 60 детей было выявлено понижение тонуса церебральных сосудов: укорочение анократической фазы РЭГ-вольны до 0,02-0,03 и 0,04-0,06 с, увеличение амплитуды систолической волны, увеличение крутизны подъема 80°-85°, увеличение цифровых значений реографического индекса до 2,4-3,2, увеличение цифровых значений диастолического индекса, увеличение продолжительности катакратической фазы реографической волны, что также свидетельствует о затруднении венозного оттока в церебральных сосудах. В связи с этим в комплексную противосудорожную терапию был включен теоникол для улучшения мозговой перфузии, снятия высокого сосудистого сопротивления на периферии, улучшения транскапиллярного обмена.

Выводы: Таким образом, обнаружена высокая зависимость между нарушением церебральной гемодинамики и биоэлектрической активностью головного мозга у больных этой группы.

Применение теоникола в сочетании с различными противосудорожными препаратами позволяет проводить лечение судорожных состояний у детей малыми дозами антиконвульсантов вследствие высокой утилизации препарата.

## КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Улуханова Л.У., Гаджимирзаева А.Г., Карнаева Н.С.  
Г. Махачкала, Дагестан

Дагестанский государственный медицинский университет

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) – природно-очаговая инфекционная болезнь, вызываемая арбовирусом Крымско-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ). В соответствии с принятой в России классификацией патогенных для человека микроорганизмов, вирус относится ко II группе патогенности. Ареал вируса ККГЛ практически совпадает с территорией распространения иксодовых клещей рода *Nyalomma*, являющихся основным переносчиком вируса, и охватывает Африку и южную часть Евразии. Боле чем в 30 странах этого региона выявлена заболеваемость КГЛ или доказана циркуляция вируса ККГЛ. Спорадические случаи заболевания людей КГЛ и эпидемические вспышки в 2013 году регистрировались в странах Африки: ЮАР – 4 случая, Уганда – 7 летальных случаев; Европы: Турция – 1 летальный случай, Болгария – 2 случая, Косово – 5 летальных случаев; Азии: Пакистан – 19 сл., из них 9 летальных, Афганистан – 4 летальных случая, Индия – 10 сл., из них 7 летальных.

Природно-очаговая по КГЛ территория приурочена к степным, полупустынным и лесостепным ландшафтам Юга России - Республики Калмыкия, Дагестан и Ингушетия, Карачаево-Черкесская и Кабардино-Балкарская республики, Краснодарский и Ставропольский края, Ростовская, Волгоградская и Астраханская области. Основными прокормителями имаго клещей в хозяйственных условиях являются крупный (КРС) и мелкий рогатый скот (МРС), а также зайцы, ежи, а преимагинальных фаз клещей - птицы семейства врановых (грачи, вороны, сороки) и куриных (куропатки, индейки).

Приводим клинический пример Крымской геморрагической лихорадки у ребенка А., 3г.8 мес., которая находилась на стационарном лечении в РЦИБ г. Махачкалы, с 07.09.2020 по 28.09.2020 г. Жалобы при поступлении на повышение температуры до 38,0С, слабость, мелкоточечную сыпь преимущественно на нижних конечностях, однократное носовое кровотечение. Из анамнеза: 27.08.2020 г был укус клеща, обратились в районную больницу по месту жительства, клещ удален, но не отправлен на анализ. С 28.08. по 07.09.2020 г. находилась на стационарном лечении в ДРКБ г. Махачкала, далее переведена в профильный стационар (РЦИБ), где продолжила терапию с 07.09. по 28.09.2020 г. Учитывая положительный результат анализа ИФА на вирус КГЛ был установлен диагноз: КГЛ с геморрагическим синдромом, кровотечение из носа. Динамика тромбоцитов крови: тромбоциты:  $9.0 \times 10^9 / \text{л}$  (от 08.09.20);  $24.0 \times 10^9 / \text{л}$  (от 03.09.20);  $75,0 \times 10^9 / \text{л}$  (от 11.09.20);  $122 \times 10^9 / \text{л}$  (от 11.09.);  $105 \times 10^9 / \text{л}$  (от 16.09.);  $150 \times 10^9 / \text{л}$  (от 25.09.20). В лечении: гемостатическая терапия (дицинон, аминокапроновая кислота, транексам); виферон (150 тыс. МЕ) х 2 раза в день -10 дней; СЗП N 2, иммуноглобулин в/в - N 3; цефотаксим 5 дней с последующим переходом на сумамед (суспензия) -5 дней; гормональная терапия (преднизолон из расчёта 2 мг/кг/сут. до трёх недель с последующим снижением дозы).

На 8-й день болезни на фоне проводимого лечения отмечалось повышения количества тромбоцитов на фоне гемостатической и гормонотерапии. Общее состояние ребёнка с положительной динамикой, на коже нижних конечностей и туловища новых высыпаний не отмечалось, сыпь регрессировала, отмечались синяки.

На 14 день заболевания сыпь купирована. Продолжала отмечаться положительная динамика и в показателях крови: количество тромбоцитов возросло до  $150 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоциты снизились с  $15,8$  до  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , что свидетельствует об эффективности проводимой терапии. На 31 -й день госпитализации девочка выписана домой с выздоровлением.

## АНТИ- NMDA-РЕЦЕПТОРНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Улуханова Л.У.

Дагестанский государственный медицинский университет Махачкала, Дагестан

Актуальность. Совершенно здоровые дети могут спонтанно развить антитела, которые связывают с определенными структурами в мозге, так называемыми NMDA-рецепторами. Закрепление этих антител блокирует рецепторы, вызывают медленно развивающиеся психиатрические, двигательные нарушения и приступы. Заболевание обычно начинается с продромальных гриппоподобных симптомов - тошноты, рвоты, лихорадки, головной боли и общей слабости, после чего развиваются нейropsychиатрические признаки. Клиническая картина анти-NMDA-рецепторного энцефалита несколько отличается у детей (в возрасте до 12 лет) по сравнению с подростками и взрослыми. Частыми (и одновременно инициальными) признаками заболевания являются поведенческие нарушения и судорожные припадки.

Цель работы. Показать клиническую картину впервые выявленного у нас в республике случая анти- NMDA рецепторного энцефалита у девочки 9 лет. Материалы и методы. Анализируем случай с летальным исходом. Проведено обследование: МРТ головного мозга, ЭЭГ, параклинические методы исследования, кровь на клещевой энцефалит, анализ крови на АТ к NMDA рецептору (суммарные Ig G+A+M).

Ребенок Магомедова Д, 9 лет, заболела остро 3.04.2018, обратилась в тот же день по месту жительства. Из выписки истории болезни: 01.04.2018 г. девочка упала с качели, ударилась головой, сознание не теряла. На следующий день жалобы на головные боли, без рвоты, которые купировались нурофеном. 3-го апреля на уроке пения потеряла сознание, отмечалось тонико-клоническое напряжение рук и ног. Фельдшером скорой помощи доставлена в приемное отделение Нефтекумской РБ. Осмотрена дежурным хирургом, с диагнозом: Закрытая черепно-мозговая травма была госпитализирована в реанимационное отделение. После стабилизации состояния 5 апреля была переведена в педиатрическое отделение, выписана 9.04.18 с диагнозом: Эписиндром, впервые выявленный, генерализованный эписиндром.

В день выписки, с 9.04 по 11.04 находилась в ГБУЗ СК «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница» (г. Ставрополь) с диагнозом: Грипп. Типичный. Тяжелая форма. Соп. Впервые выявленный эписиндром на фоне ОРВИ. Жалобы при поступлении на повышение температуры до  $38,7$ , слабость, сонливость. Проведено лечение: ацикловир, депакин, аспаркам, диакарб, цефтриаксон, ингавирин. На фоне терапии отмечалась положительная динамика, купировались проявления интоксикационного синдрома, судорог не было.

Выписывается на 3 день (ранняя выписка) под наблюдение участкового педиатра, невролога.

Ребенок поступает в РЦИБ г. Махачкалы 16.04.2018 (проведено 24 койко/дней) на 16 день после падения с качели. Состояние при поступлении крайне тяжелое. Сознание soporозное, на осмотр не реагирует, хаотичные движения верхних и нижних конечностей. В контакт не вступает, не отвечает на вопросы. За предметами не следит. В судорожном статусе, судороги клонико-тонического характера. Температура 38. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, синяки по всему телу. Язык искусан. На нижней губе кровавые корочки, следы прикусывания во время судорог.

Зев – спокоен. Язык у корня обложен белым налетом. В легких – жесткое дыхание, хрипы сухие, проводного характера. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Менингеальные знаки определить не удастся из-за гиперкинезов. Живот мягкий, б\б. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез не нарушены. В отделении реанимации РЦИБ ребенок консультирован психоневрологом, лор врачом, психиатром, окулистом, сотрудниками кафедры, пульмонологом.

Обследована: 2 раза МРТ головного мозга (1-ый от 17.04.2018. структурных изменений вещества головного мозга не выявлено; 2-ой раз от 08.05.2018 – признаки очагового поражения белого вещества головного мозга, вероятно рассеянный энцефалит?); 2 раза рентгенография легких (от 20.04 и 03.05.2018 г.). Взяты анализы крови на ВУИ, на клещевой энцефалит (отрицательный), биохимический анализ крови, на ВИЧ, кровь на стерильность и чувствительность к антибиотикам, на маркеры к вирусным гепатитам, на коагулограмму. Девочка пунктирована, получен анализ ликвора (без патологии).

Проведено лечение: цефтриаксон, меронем, реланиум, ГОМК, сернокислая магnezия, витамины, паглюферал, лазикс, рибоксин, кепра, тиопентал натрия, ацикловир в/в, меранем, иммуноглобулин в/в № 3, гормоны, в/в инфузионная терапия с включением реамберина, глюкозы с компонентами.

Учитывая результат анализа крови на АТ к NMDA рецептору, суммарные Ig G+A+M 1:1280 (при норме 1:10) диагноз: Анти- NMDA-рецепторный энцефалит.

Несмотря на проводимую терапию стойкого эффекта, стабилизации гемодинамики, дыхания, нормализации температуры не отмечалось, отмечается усугубление нарушений метаболических процессов, т.е. общее состояние больной прогрессивно ухудшается. 10.05.2018 г в 4 ч. 20 мин. у больной происходит остановка сердечной и дыхательной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия в течение 15 минут эффекта не имели. Констатирована клиническая, а затем и биологическая смерть. От вскрытия трупа родители категорически отказались. Смерть наступила в результате острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности на фоне мозговой комы, судорожного синдрома. Посмертный диагноз: Анти-NMDA-рецепторный энцефалит. Мозговая кома II-III

ст. Анемия I ст. Приобретенная хламидийная инфекция. Острое течение.

Причина смерти: острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне мозговой комы.

Таким образом, данный клинический случай показывает, что не было вовремя диагностировано заболевание, осуществлялась госпитализация с ранней выпиской из

стационаров по месту жительства. Аутоиммунные заболевания сложны для диагностики, поэтому при отсутствии надлежащего опыта у врача, отсутствие необходимого лечения приводит к психиатрическим отклонениям, которые зачастую бывают необратимы. Кроме того, есть большая вероятность, что пациент может впасть в кому, что и произошло с нашей больной.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**Улуханова Л.У.**

**Дагестанский государственный медицинский университет г. Махачкала, Дагестан**

По результатам катamnестического наблюдения 95 детей, перенесших гнойный менингит и менингоэнцефалит были выделены 2 группы больных.

Первую группу составили 62 ребенка, исход заболевания у которых был благоприятным: а) полное выздоровление отмечено у 11 детей, в основном с перенесенным менингококковым менингитом (при дальнейшем катamnестическом наблюдении в течение года после выписки из стационара отклонений в психофизическом развитии детей не обнаружено); б) обратимые остаточные явления у 51 (53,7%).

В 1 б) группе с обратимыми остаточными явлениями последствия гнойного менингита проявлялись в виде: астеноневротического (60,9%), который выявлялся сразу после выписки и сохранялся до года; гипертензионного (29,2%) синдромов и задержки психического и предречевого развития. У 5 детей выявлена гидроцефалия, которая в течение 6 месяцев на фоне проводимого лечения была компенсированной. Количество практически здоровых детей к моменту их выписки из стационара, по нашим данным, увеличивалось в прямой зависимости от раннего выявления и характера возбудителя, сроков поступления в стационар, тяжести течения, рациональной и своевременной терапии и возраста. Чем старше были дети в момент заболевания, тем большим было число полностью выздоровевших больных.

Вторую группу составили 33 ребенка с неблагоприятным исходом болезни: прогрессирующая гидроцефалия, нарушение слуха, зрения, судорожный синдром, двигательные нарушения, энурез, неврит лицевого нерва. 30 детям в период реконвалесценции проведено Эхо-ЭГ, ЭЭГ и Рео-ЭГ исследование головного мозга с целью своевременного выявления последствий перенесенных менингитов, что позволило определить тактику реабилитационной терапии. Почти у всех детей имелись последствия перенесенного процесса в ЦНС: у 14 больных гидроцефалия, у 18 – вегетососудистая дистония, у 1 ребенка диагностирована опухоль, у 4 – эписиндром и у 1 – глухота, чаще регистрировалось повышение сосудистого тонуса у детей с гидроцефалией.

Наиболее тяжелые последствия отмечались после перенесенного пневмококкового (почти 53,8%), позднем поступлении гемофильного (35,2%) и стафилококкового менингитов (54,5%). Более благоприятные отдаленные исходы наблюдались при перенесенном менингококковом менингите. При анализе возрастного аспекта проблемы выявлено, что среди заболевших всеми формами болезни преобладали дети первого года жизни. Реконвалесценты этой возрастной группы нуждались в более длительном диспансерном наблюдении, так как некоторые

остаточные явления обнаруживались спустя 6–18, а иногда и больше месяцев после выписки из стационара.

Изменения со стороны нервной системы, проявившиеся в поздние сроки (спустя несколько месяцев), имели место у небольшой части детей 1–6 летнего возраста в виде косоглазия, снижения слуха, энуреза и цереброастенического синдрома.

Коррекция резидуальных явлений проводилась в реабилитационном центре с привлечением невропатолога, педиатра, сурдолога, окулиста, лор врача, врача лечебно-профилактического кабинета и других специалистов по показаниям. Один курс стационарного лечения в реабилитационном центре получили 22,2% детей, перенесших гнойный менингит, два курса – 44,1%, три и более курсов – 33,7% детей. В комплекс лечения входили препараты, улучшающие мозговое кровообращение, ноотропные препараты, противосудорожные, иммуностимулирующие, витамины и другие средства. По показаниям проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. В восстановительном периоде при парезах и параличах конечностей применялись массаж, электрофорез, кислородные коктейли и другие физиотерапевтические методы лечения. При раннем выявлении и лечении остаточных явлений удавалось добиться обратного развития этих нарушений или приостановления их прогрессирования. Отмечено, что если по каким-либо причинам не проводилось лечение, даже при таких умеренных нарушениях, как нервно-рефлекторная возбудимость и астеновегетативный синдром, то в дальнейшем они усугублялись.

Таким образом, в настоящем исследовании выявлена высокая частота неблагоприятных исходов гнойного менингита и менингоэнцефалита у детей раннего возраста. Эти дети требуют длительного наблюдения у детского невропатолога (не менее 5–7 лет) и использования дополнительных методов исследования для своевременной коррекции состояния, наблюдения за последующим двигательным, речевым и психическим развитием ребенка.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ И СТАНДАРТНЫМИ МЕТОДАМИ**

**Умаров Д.А., Пулатова М.Х  
EMU UNIVERSITY Ташкент**

Цель: 1. Оценка эффективности геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля по сравнению с другими методами.

2. Изучение изменений в макро- и микроциркуляции в зоне оперативного вмешательства при использовании ультразвукового скальпеля. Оценка эффективности ультразвукового скальпеля на основе изучения микроциркуляции в области анального канала в динамике.

3. Отслеживание непосредственных и отдаленных осложнений после геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля.

4. Изучение сроков послеоперационной и трудовой реабилитации пациентов после геморроидэктомии классическим методом и с использованием ультразвукового скальпеля.

5. Сравнение качества жизни после геморроидэктомии классическим методом и с применением ультразвукового скальпеля.

Материалы и методы исследования. данного исследования заключается в использовании метода ультразвуковой доплеровской флоуметрии аппаратом МинимаксДопплер К для оценки микроциркуляции в области операции в раннем и

отдаленном послеоперационных периодах. Также впервые проведена оценка качества жизни в отдаленном периоде после геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем.

Практическая значимость исследования заключается в возможности индивидуальной диагностики количества и локализации геморроидальных артерий, что позволяет повысить радикальность операции и избежать в большинстве случаев кровотечений. Кроме того, исследование помогает оценить качество жизни пациентов после операции и улучшить процесс их трудовой и социальной реабилитации.

Результаты исследования. Представляют собой важные заключения из исследования и демонстрируют значимость использования ультразвукового скальпеля в лечении геморроя. 1. Применение ультразвукового скальпеля в хирургическом лечении хронического внутреннего геморроя позволяет проводить операцию без кровотечений и без использования швов.

2. Использование ультразвукового определения геморроидальных артерий во время операции может снизить вероятность рецидивов геморроя.

3. Геморроидэктомия с применением ультразвукового скальпеля является радикальным методом лечения, позволяющим достичь выздоровления в большинстве случаев и уменьшить количество послеоперационных осложнений и болевой синдром.

4. Использование ультразвукового скальпеля позволяет сократить период послеоперационной реабилитации.

5. Пациенты, прошедшие геморроидэктомию с ультразвуковым скальпелем, имеют лучшие показатели качества жизни по сравнению с другими методами лечения геморроя.

Эти выводы подчеркивают эффективность и перспективность использования ультразвукового скальпеля в хирургии геморроя, что может быть важным направлением для дальнейших исследований и практического применения в клинической практике.

Вывод. При проведении хирургического лечения хронического внутреннего геморроя рекомендуется предпочтительное использование ультразвукового скальпеля. Это позволит избежать кровотечений и не потребует применения швов, что снизит риск осложнений и ускорит процесс выздоровления пациентов.

Для уменьшения частоты рецидивов геморроя рекомендуется использовать интраоперационное ультразвуковое определение локализации и количества геморроидальных артерий. Это поможет хирургам более точно удалить пораженные участки и предотвратить повторные случаи заболевания.

3. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем является предпочтительным радикальным методом лечения геморроя. Он позволяет достичь высоких результатов выздоровления, снизить количество послеоперационных осложнений и уменьшить болевой синдром у пациентов.

4. Послеоперационная реабилитация после геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем обычно проходит более быстро и эффективно. Рекомендуется продолжать следовать рекомендациям врача и реабилитационной программе для максимального улучшения результатов лечения.

5. Пациентам, прошедшим геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем, следует ожидать наилучших показателей качества жизни в период послеоперационного выздоровления. Регулярные консультации с врачом и поддержание здорового образа жизни помогут поддерживать эти результаты на длительный срок.

Вывод основан на результатах исследования, и могут быть полезны для медицинских специалистов, занимающихся лечением геморроя, а также для пациентов,

нуждающихся в информации о возможных методах лечения и последующей реабилитации.

## **РОЛЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ**

**Умаров Д.А., Пулатова М.Х.  
EMU UNIVERSITY Ташкент**

Цель исследования. 1) Облегчение боли 2) Снижение воспаления 3) Ускорение заживления 4) Предотвращение осложнений 5) Улучшение качества жизни. Целью местной терапии является не только физическое восстановление, но и улучшение общего самочувствия пациентов, повышение их комфорта и качества жизни в период после операции.

Материалы и методы исследования. Роль местной терапии болевого синдрома у пациентов после геморроидэктомии заключается в облегчении боли, уменьшении отека и воспаления, а также способствует быстрому заживлению послеоперационных ран. Вот несколько методов местной терапии, которые могут быть применены у таких пациентов:

Использование обезболивающих мазей и гелей: Нанесение мазей или гелей на область ануса может помочь уменьшить болевые ощущения и уменьшить воспаление. Обычно используют мази на основе лидокаина, бензокаина или других анестетиков.

Применение противовоспалительных мазей: Противовоспалительные мази помогают снизить отек и воспаление в области аноректальной зоны. Они могут содержать нестероидные противовоспалительные препараты, такие как ибупрофен или диклофенак.

Использование антибактериальных мазей: После геморроидэктомии важно предотвратить инфекцию и способствовать заживлению ран. Антибактериальные мази помогают защитить раны от инфекции и способствуют более быстрому заживлению.

Применение антикоагулянтов: В случае образования тромба в геморроидальных узлах после операции может быть полезным использование антикоагулянтов в виде мазей или гелей, чтобы предотвратить дальнейшее образование тромба и уменьшить болевые ощущения.

Результаты исследования. Роль местной терапии болевого синдрома у пациентов после геморроидэктомии является критически важной и неотъемлемой частью послеоперационного ухода. Исходя из анализа современных данных и клинического опыта, можно сделать следующие заключения:

Уменьшение болевого синдрома: Применение местных анальгетиков, антибиотиков, антигеморроидальных средств и противовоспалительных препаратов позволяет значительно снизить интенсивность боли после геморроидэктомии. Это важно для улучшения качества жизни пациентов и повышения их удовлетворенности результатами операции.

Ускорение заживления: Местные препараты способствуют быстрому заживлению послеоперационных ран, снижают риск инфекций и улучшают общее состояние тканей в зоне хирургического вмешательства.

Улучшение прогноза: Корректное и своевременное назначение местной терапии способствует предотвращению осложнений, таких как тромбоз геморроидальных узлов, образование рубцовых структур и возникновение воспалительных процессов.

Комплексный подход: Оптимальный результат достигается при сочетании местной терапии с другими методами лечения, такими как изменение образа жизни, диета, физическая активность и, при необходимости, системная фармакотерапия.

Вывод. Местная терапия болевого синдрома играет ключевую роль в обеспечении эффективного и безопасного послеоперационного периода у пациентов после геморроидэктомии, способствуя быстрому восстановлению и повышению качества жизни.

## **БОКАДА ПЛЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОД УЗИ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМП.**

**Умаров Д.Р., Кодиров У.О., Хаджиматов С.Э.,  
Ферганской филиал РНЦЭМП**

**Введение.** Внедрение технологий ультразвукового сканирования в повседневную анестезиологическую практику позволяет повысить качество и успех регионарной анестезии, а также снизить осложнения.

**Цель.** Визуализация периферического нервного блока верхних конечностей путём топографической локализации сосудисто-нервного пучка в надключичной и межлестничной области с использованием УЗИ-аппаратуры в ФФ РНЦЭМП.

**Материалы и методы.** Проведено перспективное рандомизированное клиническое исследование у 47 пациентов с травматологическими оперативными вмешательствами на верхних конечностях (переломы костей ключицы, плечевой кости, костей предплечья и кисти) под регионарной и общей анестезией. Возраст пациентов от 20 до 73 лет. В возрастной категории старше 55 лет отмечались сопутствующие патологии как ИБС, стенокардии; патологии со стороны респираторной системы, посткоронавирусные пневмонии; сахарный диабет и др., которым проведение общей анестезии чревато возможными осложнениями. Техника проведения блокады периферического нервного блока в группе исследования (n= 32 пациентов): блокада плечевого сплетения надключичными и межлестничными доступами с помощью ультразвукового сканирования в режиме in-line. В нашей работе был использован аппарат Mindray DP 6600. Визуализировали плечевой сосудисто-нервный пучок в надключичной и межлестничной областях. Вводили 25-35 мл 0,5% раствора бупивакаина. В группе сравнения (n= 15 пациентов) проводили операции под общим(ОЭТА) наркозом.

**Результаты.** В группе исследования у 8 пациентов отмечалась чувство умеренной боли в конечных этапах оперативного вмешательства, в связи с чем этим больным проводилась легкая анальгоседация введением промедола и пропофола. Все операции прошли без осложнений, послеоперационный период проходил без особенностей, больные не предъявляли особых жалоб. Послеоперационный период наблюдения в отделении реанимации составлял примерно 0.5-1 ч, а многие исходно стабильные пациенты без сопутствующей патологии из операционного блока сразу же переводились в профильное отделение(травматологию). В группе сравнения учитывая операции проводились под общей анестезией больному вводились все препараты компонентов общей анестезии, что определяет дороговизну анестезии, возможные интра- и послеоперационные осложнения, а также послеоперационный период пациентов в отделении реанимации занимала значительно больший промежуток времени.

Обсуждение. Предлагаемая методика обезболивания характеризуется высокой надёжностью, меньше осложнений по сравнению с общим наркозом, адекватное послеоперационное обезболивание, низкий риск тромбоэмболических осложнений, кровотечений, снижение потребностей в опиатах в послеоперационном периоде.

Вывод. Описанная техника может быть методом выбора при травматологических операциях на верхних конечностях и пациентам с сопутствующей патологией, которым противопоказаны оперативные вмешательства под общей анестезией. Отсутствие респираторной поддержки и значительное сокращение койко-дней в послеоперационном периоде в отделении реанимации. Ощутимая дешевизна препаратов по сравнению с общей анестезией.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ**

**Умаров Т.Ш., Дилов Ж.Г.  
РСНПМЦН, г. Ташкент.**

Введение: Субарахноидальное кровоизлияние (САК) – одна из форм острого нарушения мозгового кровообращения, обусловленная разрывом церебральной аневризмы с экстравазацией крови под паутинное пространство. По данным различных авторов, от 15 до 20% пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием погибают до оказания им медицинской помощи. Досуточная летальность составляет 25-30%, общая смертность достигает 50-60%. Частота рецидива САК в первые сутки – 4%, а в первые две недели от первичного кровоизлияния – по 1,5% ежедневно. Общая частота повторного кровоизлияния из церебральной аневризмы – 15-20%. Поэтому первоначально тактика включает раннюю диагностику и оперативное лечение, направленное на облитерацию аневризмы артерий головного мозга (ГМ). После окклюзии аневризмы динамическая оценка неврологического статуса, мультимодальный мониторинг и интенсивная терапия (ИТ) играют ключевую роль в исходе заболевания. САК имеет ряд осложнений специфического интракраниального и экстрацеребрального характера. В большинстве случаев причиной ухудшения является ЦА, который оказывает негативное влияние на перфузионно-метаболическое сопряжение (ПМС). В течение длительного времени для профилактики и лечения отсроченного неврологического дефицита, обусловленного церебральным вазоспазмом, проводилась гипердинамическая 3-Н терапия, которая предусматривала одномоментное применение гиперволемии, гемодилюции и индуцированной гипертензии. По мере накопления опыта использования 3-Н терапии все чаще регистрировались осложнения, которые усугубляли состояние пациента и ухудшали прогноз заболевания, вызывая вторичное церебральное повреждение. В 2012 году был опубликован рекомендательный протокол АНА/ASA, в котором изменилось отношение к 3-Н терапии и стратегии проведения инфузионной терапии.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием с помощью оптимизации стратегии ИТ, направленной на поддержание нормоволемии и ключевых параметров гемодинамики в пределах физиологических значений.

Материалы и методы: В исследование были включены 42 пациента в остром периоде САК, которые получали интенсивную терапию в ОРИТ РСНПЦНХ РУз за 2020-2021гг. Проведено сравнительное исследование 2 групп пациентов, одна из

которых получала гипердинамическую 3-Н терапию - 18 пациентов (I-группа), а в другой группе у 24 пациентов (II-группа) терапия была направлена на поддержание нормоволемии и физиологических параметров гемодинамики, направленная на обеспечение физиологических параметров гемодинамики и волемического статуса. Было установлено, что группы сопоставимы по возрасту и тяжести состояния, проявлений неврологического дефицита, уровня сознания, тяжести САК, определяемой по различным шкалам.

Первичная конечная точка анализа эффективности была определена как общая летальность.

Вторичными точками эффективности являлась частота возникновения осложнений проводимой терапии.

При изучении исходов в I-группе у пациентов смертность была выше в 1,6 раза (6 – пациента (33,3%) - в II группе у 20,8% (5 пациента) пациентов отмечалось летальный исход.

На основании проведенного сравнительного анализа стратегий интенсивной терапии нетравматического САК, было установлено, что в группе 3-Н терапии (I группа) больше количество осложнений, связанных с проведением гиперволемии, гемодилюции и индуцированной гипертензии, чаще регистрировался отек головного мозга, реперфузионные геморрагические осложнения, встречались нарушения оксигенации, РДСВ, нарушения ритма сердца и ТЭЛА, возникали инфекционные осложнения.

Выводы:

1. Анализ интенсивной терапии пациентов с нетравматическим САК в ОРИТ показал, что гипердинамическая терапия более агрессивна, чем стратегия, направленная на поддержание нормоволемии и физиологических параметров гемодинамики.

2. Анализ безопасности интенсивной терапии в 2 группах показал, что риск развития осложнений в группе 3-Н терапии достоверно выше, чем в группе поддержания нормоволемии и физиологических параметров гемодинамики. ИТ, направленной на поддержание нормоволемии и ключевых параметров гемодинамики в пределах физиологических значений позволить снизить количество осложнений и улучшить результаты лечения.

## **ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Умарова М.Э.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность. Причины поражения слухового анализатора довольно разнообразны и носят гетерогенный характер. В связи с этим факторы, ответственные за развитие нарушений слуха у детей, то есть причины тугоухости, в зависимости от момента воздействия подразделяют на антенатальные, интранатальные и постнатальные.

Перинатальная патология нервной системы (ППНС) является одним из самых значимых факторов, вызывающих отклонения слухоречевого развития. По данным различных авторов, она колеблется от 45 до 86%, при этом ведущая роль в генезе ППНС принадлежит гипоксии. Вследствие этого перед нами стоит актуальная задача проанализировать влияние ППНС на слуховое развитие ребенка. Перинатальная

патология нервной системы является одним из самых значимых факторов, вызывающих отклонения слухоречевого развития.

Цель исследования: исследование факторов риска приводящих к нарушению слуха у детей.

Методы исследования. У всех новорожденных был собран подробный анамнез. Нами было проведено тщательное изучение пренатальных факторов, отягощающих течение беременности, приводящих к преждевременным родам и влияющих на состояние ребенка после рождения. Учитывались факторы риска по тугоухости и глухоте, включающие: инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз); токсикозы беременности; асфиксия плода; внутричерепная родовая травма; гипербилирубинемия; гемолитическая болезнь новорожденного; масса тела при рождении менее 1500 г; недоношенность; ототоксические препараты, применяемые ребенком и матерью во время беременности; гестационный возраст более 40 недель; наследственные заболевания у родственников, сопровождающиеся поражением слухового анализатора.

Результаты. Возрастной состав матерей колебался от 16 до 43 лет. 38 ребенка родилось от второй и более беременности (63,3%). Отягощенный акушерский анамнез был отмечен у 25 (41,6%) женщин. Достаточно значимыми оказались данные о наличии в анамнезе матерей медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, тяжелого токсикоза.

Так гестоз во 2 триместре выявлен у 33,7% женщин в 1-й группе и у 13,5% во второй. Гестоз в 3-м триместре наблюдался у 12,5% женщин первой группы, у 3,8% второй группы обследуемых.

В результате анализа полученных результатов, было выявлено, что 28 (46,69%) матерей, обследованных нами недоношенных новорожденных, в периоде настоящей беременности перенесли инфекционные заболевания. Также полученные результаты показали, что у 11,5 % матерей был обнаружен вирус герпеса во время беременности, у 7,7% -цитомегаловирус; вирус краснухи встречалась в 7,7% случаев.

При сборе анамнеза прием матерями гентамицина выявлен в 8,7 % в 1-й группе. Во 2-й группе ,8 % матерей использовали во беременности ототоксических антибиотиков.

Заключение. Таким образом, комплексное обследование детей позволяет определить структуру этиологических факторов, приводящих к нарушению слуха и влияющих на динамику заболевания. Факторами риска развития снижения слуха у детей являются анемия у матери во 2 и 3 триместрах (0,6% и 24,6%), гестозы (32,7%), перенесенные инфекции (46,9%) прием ототоксических антибиотиков во время беременности (8,7%).

## **ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Умарова М.Э.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность. Причины поражения слухового анализатора довольно разнообразны и носят гетерогенный характер. В связи с этим факторы, ответственные за развитие нарушений слуха у детей, то есть причины тугоухости, в зависимости от момента воздействия подразделяют на антенатальные, интранатальные и постнатальные.

Перинатальная патология нервной системы (ППНС) является одним из самых значимых факторов, вызывающих отклонения слухоречевого развития. По данным

различных авторов, она колеблется от 45 до 86%, при этом ведущая роль в генезе ППНС принадлежит гипоксии. Вследствие этого перед нами стоит актуальная задача проанализировать влияние ППНС на слуховое развитие ребенка. Перинатальная патология нервной системы является одним из самых значимых факторов, вызывающих отклонения слухоречевого развития.

Цель исследования: исследование факторов риска приводящих к нарушению слуха у детей.

Методы исследования. У всех новорожденных был собран подробный анамнез. Нами было проведено тщательное изучение пренатальных факторов, отягощающих течение беременности, приводящих к преждевременным родам и влияющих на состояние ребенка после рождения. Учитывались факторы риска по тугоухости и глухоте, включающие: инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз); токсикозы беременности; асфиксия плода; внутричерепная родовая травма; гипербилирубинемия; гемолитическая болезнь новорожденного; масса тела при рождении менее 1500 г; недоношенность; ототоксические препараты, применяемые ребенком и матерью во время беременности; гестационный возраст более 40 недель; наследственные заболевания у родственников, сопровождающиеся поражением слухового анализатора.

Результаты. Возрастной состав матерей колебался от 16 до 43 лет. 38 ребенка родилось от второй и более беременности (63,3%). Отягощенный акушерский анамнез был отмечен у 25 (41,6%) женщин. Достаточно значимыми оказались данные о наличии в анамнезе матерей медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, тяжелого токсикоза.

Так гестоз во 2 триместре выявлен у 33,7% женщин в 1-й группе и у 13,5% во второй. Гестоз в 3-м триместре наблюдался у 12,5% женщин первой группы, у 3,8% второй группы обследуемых.

В результате анализа полученных результатов, было выявлено, что 28 (46,69%) матерей, обследованных нами недоношенных новорожденных, в периоде настоящей беременности перенесли инфекционные заболевания. Также полученные результаты показали, что у 11,5 % матерей был обнаружен вирус герпеса во время беременности, у 7,7% -цитомегаловирус; вирус краснухи встречалась в 7,7% случаев.

При сборе анамнеза прием матерями гентамицина выявлен в 8,7 % в 1-й группе. Во 2-й группе ,8 % матерей использовали во беременности ототоксических антибиотиков.

Заключение. Таким образом, комплексное обследование детей позволяет определить структуру этиологических факторов, приводящих к нарушению слуха и влияющих на динамику заболевания. Факторами риска развития снижения слуха у детей являются анемия у матери во 2 и 3 триместрах (0,6% и 24,6%), гестозы (32,7%), перенесенные инфекции (46,9%) прием ототоксических антибиотиков во время беременности (8,7%).

## **РАССТРОЙСТВА РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ТУГОУХОСТЬЮ**

**Умарова М.Э.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Тугоухость у детей - понижение слуха различной степени выраженности, затрудняющее восприятие речи и окружающих звуков. Симптомами тугоухости у детей быть отсутствие гуляния и лепета. Около 6% населения земного шара (278 млн. человек) страдает глухотой или имеют проблемы со слухом. По статистическим

данным Всемирной организации здравоохранения по индустриально развитым странам, количество лиц в мире, страдающих нарушениями слуха больше 40 дБ на лучше слышащее ухо, различной этиологии, составляет порядка 300 млн.

Тугоухость сказывается на интеллектуальном развитии ребенка, на развитии речи, способности нормально говорить и выражать собственные мысли.

Цель исследования. Целью исследование явилось определение уровня слухоречевого развития детей с нарушением слуха.

Методы. Для определения степени развития слуха и речи, использовалась методика «функциональный класс» (ФК) по Т.А.Стасевич, В.Б.Смычек, который оценивается по 5-балльной шкале, принятой за 100%.

Для малышей, которые не были знакомы с предлагаемыми предметами, мы использовали их лепетный аналог. Изучая активную речь, выясняли объём словарного запаса, состояние фразовой речи, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса. Особое внимание обращали на возможность ребенка самостоятельно выполнять задания, концентрировать внимание и адекватно воспринимать речевую инструкцию, на проявление у него заинтересованности в общении.

Результаты. Активные жалобы на нарушения речи у детей после года предъявляли родители лишь 6% пациентов с сенсомоторной алалией, однако, при осмотре нарушения становления предречевого развития выявили еще 69% человек, что проявлялось как запаздыванием становления речи, так и фонематическими нарушениями. Эти нарушения отмечались у всех больных с проявлениями тяжелой гипоксии, - 100%, несколько реже, - у детей, родившихся в состоянии средней степени тяжести, - 75% ( $p < 0,05$ ) и в 2 раза реже, - у больных, определивших признаки легкой гипоксии 42% ( $p < 0,01$ ).

Синдром нарушения предречевого развития отмечался у всех больных в исследуемой группе, что проявлялось запаздыванием сроков появления гуляния, лепета, фонематическими нарушениями.

Анамнестический, к концу 1-го полугодия жизни лишь у 29% детей отмечались элементы гуляния, у большинства детей преобладали единичные звуки (69%). К годовалому возрасту речевое развитие большинства больных (71%) уже было представлено, преимущественно, слоговым запасом, однако, у 24% по-прежнему отмечались умеренные (лепет) и выраженные (звуки) нарушения предречевого развития. К 15-месячному возрасту речь 82% детей была представлена единичными словами, а также цепочкой слов, однако, преобладали фонематические нарушения; 10% выявили по-прежнему грубое отставание в предречевом развитии.

Заключение. Для определения развитие речевых функции в динамике использовали «функциональный класс» (ФК). Преимуществом ФК является универсальность этого понятия, возможность цифрового выражения и краткость, что более удобно, чем словесное ранжирование степени нарушенных функций.

Таким образом, для детей с нарушениями слуха характерны расстройства речевого развитие, которое проявлялось как запаздыванием становления речи, так и фонематическими нарушениями, особенно у детей, родившихся с проявлениями тяжелой гипоксии.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Умидов Х.А., Сатторов А.Х., Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э.  
Самаркандский Государственный медицинский институт.

Цель: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при сочетанных травмах живота.

Материалы и методы. Мы проанализировали лечение и исходы 270 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2020 – 2024 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 95 (35,3%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 102 (38,0%) – автодорожная травма, в 42 (15,6%) падение с высоты, в 30 (11,1%) – сдавление. По возрасту преобладали молодые люди: до 30 лет 177 пострадавших, от 31 до 50 лет – 68 и старше 51 года – 24.

Из 270 пострадавших 100 (36,9 %) поступили в состоянии в состоянии алкогольного опьянения. До 6 часов с момента травмы поступило 219 пострадавших, до 12 часов – 29, до 24 часов – 7, и позже 24 часов – 14 пострадавших. Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение паренхиматозных органов 66 (24,3%) в сочетании с повреждением кишечника (22), мочевого пузыря (8), почки (6). Причем, повреждение печени, селезенки, почки. Обширные забрюшинные гематомы чаще наблюдались с повреждением грудной клетки, таза и позвоночника.

Результаты. Из 270 больных с закрытыми травмами живота оперировано 134 (49,9%). Из них у 136 (50,1%) с повреждениями печени и селезенки. По локализации повреждение по классификации Мооге были: печени I степени у 6 человек, II степени – 9, III степени – у 16, IV степени – у 6 и V степени у 2 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 3 больных, II степени – у 8, III степени – у 13, IV степени – у 5 и V степени – у 2 больных.

Из 60 оперированных больных у 10 человек с разрывами печени IV и V степени по Мооге кровотечение остановлены по «Damage Control».

У 20 больных с травмой печени (12) и селезенки (у 8) по классификации Мооге I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 15 больных от 100 до 225 мл. Это гемодинамически стабильные больные. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

У 30 больных с повреждениями печени и селезенки объем гемоперитонеума составили  $355,5 \pm 10,0$  мл. Им проводили консервативное лечение.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по  $3,5 \pm 0,3$  дозы, 12 больным – свежзамороженной плазмы по  $350,80 \pm 55,8$  мл каждому пациенту, и 8 больным  $250,5 \pm 40,0$  мл донорской эритроцитарной массы.

Выводы. Летальность среди 60 больных с повреждениями паринхиматозных органов составило 1,53% (2 больных).

## **ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ «ТВЕРДЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ ИНСУЛЬТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА**

**Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Момунова А.А., Мамасолиев З.Н.  
РНИЦРЭМП Андижанский филиал, Узбекистан  
Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан**

Цель исследования: выявить эпидметеоусловия и ситуации с осуществлением хронобиологического анализа развития «твердых конечных точек» от инсультов (ТКТ ишемическим инсультом и ТКТгеморрагическим инсультом) в условиях юга Кыргызстана

Материал и методы исследования: Мы провели хронобиологический анализ с использованием данных метеофакторов Кыргызгидрометцентра в г.Ош. за 2016-2019гг.

Результаты исследования: За четыре года клиникометеорологического исследования установлено, что все формы инсульта с высокими показателями наблюдаются – в четверг (16,0%), среду (15,0%) и пятницу (15,0%); сравнительно меньшей частотой отмечается - по понедельникам (14%) и воскресеньям (14,0%). Самая низкая распространенность инсультов установлено- по вторникам (13%) и субботам (12,0%).

Далее, полученные данные также подтверждают, что «твердые конечные точки» от инсульта (смертность) сравнительно чаще наблюдаются - в понедельник (17%) и в воскресенье (19%). Самая минимальная распространенность ТКТ от инсультов отмечается – во вторник (9,0%) и субботу (12,0%).

Сравнительно меньше отмечаются ТКТ – по средам (14,0%), четвергам (13,%) и пятницам (16,0%). Необходимо обратить внимание на следующий еще один научный факт статистически значимое увеличение ишемического инсульта, геморрагического инсульта и всего мозгового инсульта по данным 4-х летнего хронобиоритмологического анализа результатов нашего исследования происходит: 1) в период ночного сна - в 22 час (17,0%), 23 час - (18,0%) и 02-час (19,0%); 2) в период бодрствования - в 14 - час (11,0%), в 13 - час (9,0%), в 15 - час (9,0%) и в 16-час (13,0%). Сравнительно самой низкой частотой все случаи инсультов регистрируются в течении суток; 1) в период бодрствования - в 8-час (3,0%), в 7-час (4,0%), в 19 - час (4,0%) и в 21-час (4,0%); 2) в период ночного сна (с 22 - часа до 07 часа в сутки) - в 03 - час (4,0%), в 05-час (3,0%) и в 05-час (3,0%).

Заключение: Эти результаты исследования позволяют проводить оценку риска развития и степени тяжести инсульта среди населения. Внедрение их в практику, позволит резко улучшить раннее прогнозирование, диагностику, профилактику всех форм инсультов, основанную на устранение основных факторов риска мозгового инсульта и коррекции неотложных лечебных программ у больных с инсультом.

## **ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ «ТВЕРДЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ЮГА КЫРГЫЗСТАНА**

**Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Момунова А.А., Иметова Ж.Б.  
РНЦРЭМП Андижанский филиал, Узбекистан  
Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан**

Цель исследования: выявить эпидметеоусловия и ситуации с осуществлением хронобиологического анализа развития «твердых конечных точек» от инсультов (ТКТ ишемическим инсультом и ТКТгеморрагическим инсультом) в условиях юга Кыргызстана

Материал и методы исследования: Мы провели хронобиологический анализ с использованием данных метеофакторов Кыргызгидрометцентра в г.Ош.

Результаты исследований. Из представленных данных видно, что все виды наблюдений ТКТии ( смертность/инвалидность) в разные сезоны года регистрируются с высокой частотой- летом (33,0%) и зимой (27,0%), сравнительно меньше определяется – весной (24,0%) и минимальной частотой выявляются – осенью (16,0%;  $p < 0,01$ ). «Твердые конечные точки» от геморрагического инсульта (ТКТги, смертность/инвалидность) самыми высокими показателями установлены – весной (29,0%), зимой (29,0% и летом (27,0%). А низкие показатели ТКТги в течении года зарегистрированы –осенью (16,0%).

Следует указать, что в различные сезоны года всего частота ТКТ от инсультов (МИ) колебалась на уровнях от 30,0% (летом), 28,0% (зимой) и 26,0% (весной) до 16,0% (осенью). Самыми неблагоприятными сезонами для развития ТКТ от инсультов оказались – лето и зима, а благополучными – по сравнению с ними, являются – весна и осень.

Заключение: Эти результаты исследования позволяют проводить оценку риска развития и степени тяжести инсульта среди населения. Внедрение их в практику, позволит резко улучшить раннее прогнозирование, диагностику, профилактику всех форм инсультов, основанную на устранение основных факторов риска мозгового инсульта и коррекции неотложных лечебных программ у больных с инсультом.

## **РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВМЕСТНО С ТРАДИЦИОННЫМИ И ИННОВАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ**

**Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З.  
Андижанский государственный медицинский институт кафедра онкологии**

Актуальность и востребованность темы диссертации. Проблема рака молочной железы является одной из приоритетных направлений в онкологии. Ежегодно в мире регистрируют более 1 млн. новых случаев РМЖ. В течение последних 20 лет в структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ занимает - первое место, по числу смерти - второе место. В развитых странах РМЖ возникает у 1 из 10 женщин.

Целью исследования изучение ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний молочной железы с инновационными технологиями.

Методы исследования. В качестве объекта исследования были обследованы женщины в возрасте от 17 до 65 лет, проживающие в Андижанской области, которые обратились в РСНПЦОиР Андижанского филиала за 2020 – 2022 гг. Проведен сравнительный анализ данных маммографии и дуктографии, в оценке эффективности диагностики, лечения, и прогноза предраковых и раковых заболеваний молочной железы.

Результаты исследования: Рак молочной железы выявлен при маммографии в 501(34%) случаях у женщин с первичным обращением диагноз злокачественного новообразования верифицирован гистологически и цитологически, из них в возрасте моложе 40 лет у 35 пациенток (6,8%), в возрасте 41-50 лет – в 130случаях (25,8%), 51-60 лет – в 165-ти (32,7%) и в возрасте старше 60 лет в 170 случаях (34,4%).

В 972 случаев с первичным обращением выявлены доброкачественные заболевания молочных желез, что составило 66%.

Из них 122 пациенткам дополнительно по показаниям была проведена дуктография, по данным которой, внутрипротоковый рак выставлен в 6,8%, папиллома – в 35,2%. Гистологическое и цитологическое подтверждение диагноза составило 81,5%.

В группе больных раком молочной железы I-II стадии сочетание одновременного повышения уровней маркеров было следующим: все два маркера были повышены в 46% наблюдений, СА-15-3 — в 14%, сочетание СА-15-3 и РЭА — в 17%.

В группе больных с III стадией рака молочной железы все два маркера были одновременно повышены в 57% случаев, СА-15-3 — в 16%, СА-15-3 и РЭА — в 10%, СА-15-3.У пациентов с прогрессированием процесса все три маркера повышались в 72% наблюдений, СА-15-3 — в 28%.

Вывод: Улучшение ранней выявляемости патологии молочной железы различными методами диагностики, в том числе и ультразвуковыми методами, дуктографии позволит повысить достоверность диагностики заболеваний молочной железы, снизить смертность среди женского населения от рака молочной железы.

Из выбранных маркеров наибольшей чувствительностью и специфичностью для рака молочной железы обладает антиген СА-15-3. Наиболее информативным для ранних стадий (I-IIА), а также для местно распространенной стадии является одновременное определение уровня СА-15-3 и РЭА.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

**Уроков Ш.Т.1, Абидов У.О.1, Хаджаев К.Ш.2, Хайдаров А.А.2, Бафоев З.П. 2, Кенжаев Л.Р. 2**

**1. Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан**

**2. Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Одной из основных и трудноразрешимых проблем хирургии, до сегодняшнего дня остается вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ).

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопических методов в диагностике и лечении больных механической желтухой. В Бухарском филиале РНЦЭМП начиная с 2010 г. выполняется практически весь спектр как

диагностических, так и лечебных антеградных и ретроградных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии. Основными являются: ЭРПХГ, ЭПСТ, ЭЛЭ, ЭМЛТ, НБД и стентирование холедоха. С 2017 года широко используется метод ЧЧХГ и ЧЧХС.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 3650 больных механической желтухой (МЖ), находившихся на лечении в отделениях I и II экстренной хирургии, эндоскопического кабинета при Бухарском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2023 гг. Мужчин было 1679 (46%), женщин - 1971 (54%).

Результаты. Причинами механической желтухи у 80% (n=2920) больных были доброкачественные заболевания, злокачественные - у 20% (n=730). Отмечено увеличение частоты злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны с 2010 по 2023 года. Среди злокачественных новообразований характерно увеличения опухоли ПЖ в динамике. По результатам ЭРПХГ причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз - у 2569 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), прорвавший эхинококковая киста печени в общий желчный проток - 136 больных, стриктура ТОХ – 212, гепатикофасциола - у 3 больных. Опухоль БДС - у 156 больных, опухоль головки поджелудочной железы 416, опухоли ворот печени, метастазы в печень из других локализаций опухолей и сужение ОЖП вследствие перихоледохеальной ЛАП - 158 больных. Эндоскопическую палилосфинктеротомия (ЭПСТ) удалось выполнить у 3504 (96%) больных. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 2389 (93%) больных. При невозможности удаление камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов, производили механическую литотрипсию. Удачно данная операция выполнена у 103(4%) больных. Неудачи механической литотрипсии было у 77 (3%) больных, связанные, прежде всего, с парапапиллярными дивертикулами и плотными конкрементами.

### **ПЕЧЕНЕЧНАЯ ДВУУСТКА (ФАСЦИОЛЕЗ), КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЛЕЧЕННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ**

**Уроков Ш.Т.1, Абидов У.О.1, Хаджаев К.Ш.2, Хайдаров А.А.2, Бафоев З.П. 2,  
Кенжаев Л.Р. 2**

- 1. Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан**
- 2. Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи**

Фасциолез (*Fasciolahepatica*) - зоонозный биогельминтоз, характеризующийся поражением гепатобилиарной системы. Заражение происходит при употреблении необеззараженной воды из открытых водоемов, а также водорослей. Основным носителем фасциолы гепатика является рогатый скот, козы и овцы. С выделением фекалий зараженных животных личинки паразита проникают в окружающую среду. Возбудителями фасциолеза является *Fasciolahepatica* - печеночная двуустка, имеющая длину 20 - 30 мм. Двуустки паразитируют в желчевыводящей системе крупного рогатого скота и мелкого рогатого скота, свиней, лошадей, иногда крыс, а также человека, которые являются окончательными хозяевами паразита.

Больная Х., 35 лет, поступила в приемное отделение Бухарского филиала РНЦЭМП с жалобами на периодические боли в эпигастральной области и в правом подреберье, с периодическим появлением желтушности склер, изредка ахоличного стула. Общее состояние при поступлении больной в стационар было ближе к средней

тяжести. Сознание ясное. На осмотр реакция адекватная. Appetit сохранен. Стул регулярный, обычной окраски. Анализы: НВ – 85 г/л, эритроциты – 2,6 млн; ЦП - 0,9. Тромбоциты – 205 109/л; лейкоциты 4 - 109/л; СОЭ – 16 мм. Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, мочевины – 3,0- ммоль/л, билирубин – 58,0 мкмоль/л, АЛТ - 233 ЕД/л, АСТ – 140 ЕД/л, фибриноген – 3,3 г/л. УЗИ желчного пузыря. Размеры пузыря были 96x34 мм, толщина стенок - 3-4 мм, в полости имеется конкременты размером до 3-4 мм. Общий желчный проток (ОЖП) - 7 мм. Умеренная холедохостазия. Внутривенные желчные протоки не расширены. Далее произведена стандартная конъюнкция БДС и контрастирован ОЖП, последней определяется шириной до 13-15 мм. При ревизии ОЖП корзинкой Dormia, в двенадцатиперстную кишку извлечена живая гепатикофасциола. Паразит длиной до 5 см, шириной до 0,5 см извлечен через рот. В послеоперационном периоде клиника заболевания исчезла, билирубин снизился до нормальных показателей и больная в удовлетворительном состоянии выписана домой. После стихания симптомов назначена противогельминтная терапия празиквантелом.

**Заключение.** Фасциолез – редко, но встречающаяся патология для стран Средней Азии. Данный клинический пример, который скрывался под клиникой МЖ, представляет собой большой клинический интерес своей редкостью.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Урумбоева З.О.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**Цель исследования.** Изучение клинико-anamnestических особенностей и биохимических показателей кислотно-щелочного состояния при бронхиальной астме у детей.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 25 детей с бронхиальной астмой в приступный период в возрасте от 7 до 14 лет, получившие лечение в отделении аллергологии, группу сравнения составили - 20 больных бронхиальной астмой в ремиссию. Основанием для постановки диагноза явились: жалобы, данные анамнеза, результаты общеклинических, иммунологических и функциональных методов исследований. В биохимические исследования относилось: определение активности кислотно-щелочного состояния крови.

**Результаты исследования.** Анализируя полную информацию по анамнезу обследованных детей, мы выделили факторы риска, которые встречались у них наиболее часто. 22 (48,8%) больных бронхиальной астмой родились от первой беременности, 25 (37,7%) от II-III беременностей, от IV и более – 6 (13,3%) детей. У 39 (86,6%) матерей имели место различные осложнения течения беременности. Угроза прерывания беременности была у 19 (42,2%), острые респираторные инфекции во время беременности перенесли 36 (80,0%) матерей, анемии – у 37 (82,2%), патологическое течение родов - в 34 (75,5%) случаев, недоношенность и рождение в асфиксии – у 6 (13,3%) и 23 (51,1%) соответственно. При поступлении в стационар, основными жалобами детей с бронхиальной астмой в 100,0% случаях были кашель с небольшим количеством преимущественно слизистой мокроты, особенно при пробуждении, одышки у 100,0% детей, снижения аппетита у 80,0%, вялости у 40,0%, приступов удушья у 80,0% обследуемых, пероральных хрипов у 80,0%, потливости у 50,0%, головной боли у 45,0% больных.

Исследование кислотно-щелочного состава показало, что результатом бронхиальной обструкции явилось изменение активности реакции внутренней среды, основным проявлением которой была артериальная гипоксемия. Так, у больных бронхиальной астмой в приступный период  $PO_2$  ( $55,5 \pm 6,16$  мм.рт.ст.),  $SO_2$  ( $83,9 \pm 5,13$  %), были значительно ниже ( $P < 0,05$ ) аналогичных показателей у детей из контрольной группы ( $PO_2 = 82,4 \pm 2,9$  мм.рт.ст.;  $SO_2 = 93,6 \pm 4,2$  %). Вместе с этим показатели рН крови у детей в приступный период был чуть больше нормы ( $7,45 \pm 0,02$ ), а в контрольной группе был в пределах нормы ( $7,38 \pm 0,04$ ), ( $P < 0,01$ ). Также отмечались изменения в электролитном составе крови. Уровень калия ( $K^+$ ) в исследуемой группе составил ( $3,09 \pm 0,159$  ммоль/л), что ниже нормы, а в контрольной ( $4,43 \pm 0,2$  ммоль/л), ( $P < 0,01$ ). Уровень кальция ( $Ca^{++}$ ) в исследуемой группе был почти в два раза ниже нормы ( $1,01 \pm 0,05$  ммоль/л), а в контрольной ( $2,1 \pm 0,3$  ммоль/л), ( $P < 0,01$ ).

Выводы. Таким образом развитию бронхиальной астмы способствуют неблагоприятное течение пери- и интранатального периодов, отягощенный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания. По биохимическим показателям, у больных бронхиальной астмой со стороны кислотно-щелочного равновесия определялся легкий метаболический алкалоз, низкий уровень парциального давления кислорода в крови, в электролитном составе крови отмечалось снижение концентрации ионов калия и кальция. Это говорит о том, что нарушения в системе гемостаза обусловлены длительно персистирующим воспалением в бронхолегочной системе и выраженной гипоксией.

## **ВОДА – ИСТОЧНИК ЗДОРОВЬЯ**

**Усманова Г.К.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Право человека на чистую питьевую воду является одним из основных прав человека. Промышленность, сельское хозяйство и бытовые стоки загрязняют водоемы, делая воду непригодной для питья и жизни.

Материал и методы. Высокая теплоёмкость воды позволяет ей регулировать температуру окружающей среды и живых организмов. Доступ к водным ресурсам является одним из ключевых факторов экономического развития. Глобальные тенденции вызывают изменения в различных сферах деятельности и влияют на жизнь людей на всех уровнях. Выделяют 5 групп таких тенденций: изменение климата и использование природных ресурсов, социально-демографические изменения, появление новых моделей экономического роста, изменение геополитического контекста и формирование новой парадигмы научно-технологического развития.

Результаты и их обсуждение. Дефицит воды приводит к снижению уровня воды в водохранилищах, что ограничивает возможности гидроэлектростанций по выработке электроэнергии. Низкое качество воды ограничивает возможности промышленного производства, что приводит к снижению объемов выпуска продукции и потере рабочих мест. Загрязненные водоемы и истощение водных ресурсов делают регионы менее привлекательными для туристов, что негативно влияет на доходы от туристической отрасли.

- Создание заповедников, очистка сточных вод, контроль за промышленными выбросами.
- Внедрение водосберегающих технологий в сельском хозяйстве и промышленности, экономия воды в быту.

- Опреснение морской воды, сбор дождевой воды, поиск новых источников пресной воды.
- Повышение осведомленности о проблемах воды и способах её сохранения.
- Устойчивое управление водными ресурсами является необходимым условием для устойчивого развития.
- Инвестиции в водные технологии и инфраструктуру имеют важное значение для экономического роста и благосостояния населения.

Выводы. Вода - это ценнейший ресурс, который необходимо беречь и рационально использовать. Решение проблем воды требует комплексного подхода и участия всех членов общества. Необходимо принимать срочные меры по охране водных ресурсов и рациональному использованию воды.

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ**

**Усманова М.Д. Якубова О.А. Насирова Ф.Ж.  
АГМИ**

Актуальность: Гипертонические расстройства во время беременности, классифицируемые как хроническая гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия-эклампсия, и хроническая гипертензия с преэклампсией, представляют собой серьезные риски для здоровья матери и плода, затрагивая около 10% беременностей глобально, с отличиями в распространенности между регионами и особенно высокими показателями у женщин с историей преэклампсии. Распространенность этих состояний выше в странах с низким и средним уровнем дохода по сравнению с странами с высоким уровнем дохода, где она составляет примерно 7-8%, что объясняется различиями в доступности медицинской помощи и качестве пренатального ухода. Нарушения гормонального баланса, включая функцию щитовидной железы, могут вносить вклад в неблагоприятные исходы беременности [8]. В Андижанской области Узбекистана наблюдается рост зарегистрированных случаев гестационной гипертензии и преэклампсии, что может быть связано с эндемическим дефицитом йода в регионе, хотя исследования предикторов риска развития преэклампсии не проводились.

Цель исследования: Оптимизация методов ранней диагностики гипертонических состояний у беременных с субклиническим гипотиреозом и управления гипертензивными расстройствами во время беременности.

Материалы и методы: С ноября 2022 по апрель 2023 в Андижанской области провели кейс-контрольное исследование среди беременных. В качестве случая взяли 88 женщин. Контрольная группа, в соотношении 1:2, насчитывала 184 человека. Исследование проводилось в несколько этапов: 1 Идентификация и селекция популяции; 2. Сбор данных; 3. Анализ данных и разработка алгоритма ранней диагностики гипертензивных состояний.

Результаты исследования. Исследование показало влияние возраста и образования на здоровье беременных, при этом стиль жизни и социально-демографические факторы оказались незначительными. Средний возраст участниц составил 27–28 лет, преимущественно со средним образованием, из сельской местности, замужем и узбекской национальности. Ключевые рискованные факторы включали историю синдрома задержки роста плода, рубец на матке, лечение

бесплодия. Токсикоз и COVID-19 потеряли значимость после коррекции. Выявили факторы, повышающие риск преэклампсии, и защитные факторы, снижающие его. Гормоны щитовидной железы также оказались важны для здоровья беременных. На основе полученных результатов разработали диагностический алгоритм.

Алгоритм для выявления гипертензии у беременных с субклиническим гипотиреозом состоит из опроса "Гипертензиоскрин" и анализа крови на гормоны щитовидной железы. Опрос помогает определить риск гестационной гипертензии с точностью 75%, разделяя беременных на группы по уровню риска. Анализ крови уточняет риск, увеличивая точность прогноза до 95% и позволяя своевременно корректировать лечение.

Выводы: Исследование расширяет знания о рисках и защитных механизмах преэклампсии, подчеркивая ее сложную природу. Находки могут способствовать разработке стратегий профилактики и лечения. Оно выявило важность учета симптомов при ведении беременности с преэклампсией, предлагая их использование в клинических протоколах. Предложены методы для улучшения диагностики и профилактики преэклампсии, что может снизить риски для здоровья матери и ребенка.

## **ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Усманова Э.М., Хакимов Х.Й.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Инфицированность и заболеваемость человечества герпес вирусами, по материалам глобального обзора проведенных в мире исследований, растут с каждым годом, опережая скорость прироста населения Земли. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в области диагностики и лечения герпетических инфекций вопросы патогенеза рецидивирующих форм герпес ассоциированных заболеваний и вирус индуцированных состояний остаются недостаточно изученными и иногда просто непонятными.

Неясно, почему при хроническом инфицировании клинически здоровых женщин репродуктивного возраста одновременно несколькими вирусами герпетической группы только у некоторых из них во время беременности происходит реактивация. Такие вопросы, касающиеся повседневной практики, требуют проведения исследований.

Целью исследования явилось изучение иммунного статуса женщин репродуктивного возраста с диагнозом цитомегаловирусной инфекции.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре инфекционных болезней АГМИ и инфекционной больнице Андижанской области. Стандартными иммунологическими методами обследовали показатели Т- и В- клеточных звеньев у 56 женщин репродуктивного возраста с цитомегаловирусной инфекцией. Наряду с показателями Т - и В - клеточных звеньев иммунитета, определяли антигенсвязывающие лимфоциты к тканевым антигенам эндометрия, яичников, печени, суставной сумки эндокарда.

Результаты исследования. В стадии реактивации выявлено повышение титра специфических антител и высокая активность Т- репродуктивного клеточного звена иммунитета параллельность повышения антигенсвязывающие лимфоциты к тканевым антигенам изучаемых тканей. Значительное повышение показателей

антигенсвязывающие лимфоциты отмечается по отношению к органам «мишеням», т.е. наиболее затронутым патологическим процессом, органам. Как правило, такими органами в этот период выступают печень, суставная сумка. В отличие от этого, в стадии «ремиссии» выраженной высокой активности Т-клеточного звена иммунитета не отмечается, хотя уровень anti - CMV IgG, обычно отражает состояние «паст - инфекции». Примечательно, в стадии «ремиссии» показатели антигенсвязывающие лимфоциты к тканевым антигенам суставной сумки и эндометрия остаются значимо повышенными. Видимо, такой специфический иммунодефицит («паст-инфекция») либо рестриктирован генетически, либо обусловлен механизмами иммунологической толерантности. Наличие этих двух патогенетических механизмов персистентной реактивации цитомегаловирусной инфекции, затрудняет поиск эффективных путей терапии. Это положение подтверждается еще и до настоящего времени не найдено эффективное средство, с достоверностью блокирующее репликацию цитомегаловируса.

Вывод. Реактивация цитомегаловирусной инфекции у женщин репродуктивного возраста может наступить при воздействии любого стресс-фактора, из-за «готовности тканей», которые можно выявить антигенсвязывающие лимфоциты.

## **ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ**

**Усмонов К.С., Садиков Р.А., Хамдамов О.К., Мардонов Ж.Н.  
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова», Навоийский филиал РНЦЭМП,  
ТГСИ**

Лечение острой кишечной непроходимости остается одной из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии в связи с высокой смертностью больных, ростом числа и тяжестью инфекционных осложнений. При этом одним из ключевых моментов оперативного лечения данной патологии является оценка жизнеспособности кишки. Решить эту задачу в большинстве случаев удастся с помощью обычных клинических признаков, таких как пульсация сосудов, цвет, температура, перистальтика. Тем не менее, в сомнительных случаях визуальные изменения в кишечной стенке трактуются как необратимые. Это приводит к резекции кишки в пределах заведомо здоровых тканей: удаляется 30-40 см в проксимальном и 15-20 см в дистальном направлениях от границы макроскопически видимой измененной части кишки. С одной стороны, интраоперационная гипердиагностика патологических изменений в кишечной петле может стать причиной необоснованной обширной резекции органа, что в дальнейшем приведет к развитию энтеральной недостаточности. С другой стороны – невыявление некротически измененных участков кишечной стенки приведет к прогрессированию патологического процесса, что несет угрозу жизни. Именно поэтому в сомнительных случаях при оценке жизнеспособности кишки во время операции клинические признаки необходимо дополнять инструментальными способами, которые объективизируют визуальные данные, что предотвратит возникновение и развитие тяжелых осложнений в послеоперационном периоде. Однако многообразие методик определения витальных свойств кишечной стенки свидетельствует о том, что идеального способа, который бы полностью устраивал хирургов, в настоящее время нет. Все это предрасполагает к поиску, разработке и апробации новых способов определения жизнеспособности кишки в условиях острой кишечной непроходимости.

Эффективность винпоцетина при профилактике дисциркуляторной энцефалопатии у больных гипертонической болезнью

Фазылов А.В., Абдуллаходжаева Ш.Ж, Тулаганова Д.К., Турсунов Ж.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации и центр развития профессиональной квалификации медицинский работников при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Определить эффективность винноцетина в профилактике ДЭ I степени у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы: Нами было обследовано 46 больных с дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) гипертонической этиологии из них - 29 мужчин и женщин - 17 в возрасте от 37 до 68 лет, средний возраст 51,3 лет. Для верификации клинического диагноза все больные прошли общее клиническое и лабораторно-инструментальные методом исследования. Контрольная группа (сравнительная) 20 такого возраста и пола больных, которые получали общепринятую гипотензивную терапию, а 1-группа больные наряду с общепринятой гипотензивной терапией получали раствор винпоцетин по схеме 0,5% по 2мл на 100мл физического раствора в/в капельно 1 раз в день в течение 10 дней. А клинический эффект лечения оценивался по степени предьявления общих церебральных жалоб (мозгового и неврологического характера) с изменением в неврологическом статусе, а также изменением в когнитивной сфере. Эффективность лечения контролировали и по результатам исследования реоэнцефалографии (РЭГ) по общепринятым методам. Исследования проводились до и после комплексных лечений.

Результаты исследования: Анализ субъективных данных показал, что во второй группе процент нарастания церебральных жалоб достоверно выше таких как ухудшение памяти, внимания к концу лечения отмечали во 2 группе 79,2% больных, а тогда как в 1- й группе 39,5% соответственно. Снижение работоспособности имело место во 2-й группе 48,2%, а в 1ой у 23,4% соответственно. Результаты неврологического обследования показали, что у 2ой группы горизонтальный нистагм наблюдался у 67%, а в 1 группе у 32% соответственно.

Исследование других черепно-мозговых нервов, двигательной, чувствительной сферы и рефлексов существенной разницы между группами не было выявлено.

Анализ результатов РЭГ показал, что у больных во 2ой группе имелись более значимые изменения РЭГ показателей, а тогда как во 2ой группе имелись более низкие показатели пульсового кровонаполнения.

Выводы: На основании полученных данных можно установить, частота развития ДЭ у больных гипертонической этиологией значительно снижается на фоне гипотензивной терапии приёма препарата винпоцетина. Назначение препарата винпоцетина больным с ГБ даже при отсутствии церебральных жалоб останавливает развитие гипертонической ДЭ. С целью профилактики ДЭ гипертонической этиологии рекомендуется назначение препарата винпоцетина в течение 20 дней с перерывами в 5-6 месяцев в дополнение гипотензивными препаратами 5% раствор по 2,0 мл на физ. растворе в/в капельно в течение 10 дней и далее по 5мг 3 раза в день внутрь в течение 10 дней.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Фазылов А.В., Рахимова Д.А., Давлатова Л.Ш., Тулаганова Д.К.**  
**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации и Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз.**  
**Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: Исследование эффективности действия флуоксамина при лечении тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных бронхиальной астмы, осложненной с дыхательной недостаточностью (БАсДН).

Материалы и методы: Обследовано 68 больных в пульмонологическом отделении с БА осложненной ДН. В возрасте от 50 до 68 лет при этом средний возраст составил 56,4 лет. Из них мужчин 29 (42,6%) и 39 (57,4%) женщин.

Все больные были распределены на 2 группы: основная 1-группа - 37 больных, получавших комплексное лечение наряду соматического заболевания по поводу бронхиальной астмы и тревожно-депрессивного синдрома (ТДР) флувоксамином по 50 мг 1 раз в сутки вечернее время в течение не менее 1 месяца; II контрольная группа, получивших только базисную терапию по бронхиальной астме. Для верификации клинического диагноза были проведены общие, клинические и клинико-лабораторные методы исследования.

Для оценки ТДР были применены госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (НАП8), а также шкала Гамильтона для оценки депрессии.

Результаты исследования: По нашим полученным данным: у пациентов после курса лечения флувоксамином уровень ТДР оказался значительно ниже исходного состояния, а также психофармакологическая его ценность значительно повышается за счёт сочетания его с бронхолитической терапией, а также низкой степенью побочных эффектов. Согласно тесту Гамильтона, в I группе больных уровень исходного суммарного балла составил 25,4, а во II группе составил 20,4. Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился в I группе до 12,1; а во II группе до 16,3 баллов. Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился в I группе - до 11,2 баллов; а во II группе до 14,1 баллов. После окончания курса лечения ни у одного больного субъективно и клинически не отмечался синдром отмены в виде усиления тревоги и ухудшения соматического состояния, то есть после терапии флувоксамином отмечали клиническое общее улучшение самочувствия больных, что отражалось на их значительном снижении интенсивности ипохондрической реакции, плаксивости и т.д. Тогда как, комплаентивность больных к медикаментозной терапии повысилась. У больных, которые не получили в составе комплексной терапии флувоксамином, показатели динамики шкал Гамильтона и НАП8 ремиссия наступила лишь за счёт снижения интенсивности - активности соматических симптомов, а комплаентивность больных этой группы была низкой.

Выводы: Результаты проведённых исследований показали, что флувоксамин является эффективным и безопасным лекарственным препаратом для лечения невротических расстройств тревожно-депрессивного проявления у больных с БА осложнённой ДН.

## **БИОМАРКЕРЫ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Фаттахов Н.Х., Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Абдулхакимов А.Р.**  
**Андижанский государственный университет**  
**Андижанский государственный медицинский институт**  
**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Гипертоническая болезнь остается одним из главных наследственных факторов, увеличивающих риск сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти по всему миру. В последние годы возрос интерес к исследованиям, направленным на поиск новых методов ранней диагностики, прогнозирования прогрессирования и эффективного лечения гипертонической болезни. Одним из перспективных подходов является изучение биомаркеров в ротовой жидкости.

Ротовая жидкость, представляет собой комплексную смесь биологически активных веществ, которые отражают физиологические и патологические процессы, происходящие в организме. В последние годы были сделаны значительные открытия в области выявления биомаркеров в ротовой жидкости и их связи с различными заболеваниями, в том числе с гипертонической болезнью.

Один из ключевых аспектов гипертонической болезни – это воспаление сосудистой стенки, которое приводит к повреждению эндотелия. Эндотелиальная дисфункция играет важную роль в развитии и прогрессировании гипертонической болезни. Недавние исследования показали, что в ротовой жидкости пациентов с гипертонической болезнью можно обнаружить повышенные уровни различных биомаркеров, связанных с воспалением и эндотелиальной дисфункцией, таких как цитокины, молекулы адгезии, и продукты окислительного стресса.

Кроме того, ротовая жидкость содержит маркеры, связанные с метаболическими процессами, такими как глюкоза, инсулин и аминокислоты, которые могут отражать нарушения обмена веществ, характерные для гипертонической болезни. Анализ этих маркеров может предоставить информацию о степени контроля гликемии у пациентов с гипертонической болезнью и помочь в оценке риска развития осложнений.

Исследования биомаркеров в ротовой жидкости имеют ряд преимуществ. Во-первых, сбор образца слюны намного менее инвазивен и болезненен, чем сбор крови или мочи, что делает его более приемлемым для пациентов. Кроме того, ротовая жидкость легче доступна для повторных обследований, что позволяет проводить мониторинг состояния пациента в динамике.

Однако, несмотря на перспективность исследований биомаркеров в ротовой жидкости, существуют некоторые ограничения этого подхода. Например, некоторые биомаркеры могут быть менее чувствительными или специфичными, чем аналогичные маркеры в крови. Кроме того, необходимо провести дополнительные исследования для подтверждения клинической значимости выявленных биомаркеров и разработки стандартизированных методов их анализа.

В заключение, исследования биомаркеров в ротовой жидкости представляют собой перспективный подход к оценке прогрессирования гипертонической болезни. Понимание изменений в составе ротовой жидкости может помочь в ранней диагностике, прогнозировании и персонализированном лечении гипертонической болезни, что в конечном итоге приведет к улучшению результатов лечения и снижению риска сердечно-сосудистых осложнений.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ОРФОТЕКСТУРУ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Фаттахов Н.Х., Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Абдулхакимов А.Р.**  
**Андижанский государственный университет**  
**Андижанский государственный медицинский институт**  
**Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Гипертоническая болезнь (гипертония) является одним из наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения по всему миру. Она представляет серьезную угрозу для здоровья, увеличивая риск сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов и других осложнений. Исследования показывают, что кроме высокого кровяного давления, гипертония также связана с изменениями в составе ротовой жидкости, что может иметь значение для диагностики и прогнозирования заболевания.

Последние исследования ставят под вопрос возможное влияние антигипертензивной терапии на морфотекстуру ротовой жидкости у пациентов с гипертонической болезнью. Антигипертензивные препараты широко используются для контроля артериального давления и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений. Однако, мало известно о их потенциальном воздействии на состав и структуру ротовой жидкости.

Исследования в этой области могут пролить свет на два аспекта. Во-первых, они могут помочь понять, как антигипертензивная терапия влияет на биохимический состав ротовой жидкости, такой как уровень белков, электролитов и других молекул. Во-вторых, они могут выявить изменения в морфологии и структуре ротовой жидкости, такие как количество и тип клеток, наличие патологических элементов и т.д.

Проведение таких исследований представляет собой многоаспектную задачу, требующую совместного участия клиницистов, биохимиков и специалистов по анализу жидкостей. Использование современных методов анализа, таких как масс-спектрометрия, цитологические методы, кристаллография и молекулярные техники, может обеспечить более глубокое понимание эффектов антигипертензивной терапии на ротовую жидкость.

Результаты таких исследований имеют практическое значение для медицинской практики. Понимание изменений в ротовой жидкости под воздействием антигипертензивных препаратов поможет в выборе оптимальной терапии для пациентов с гипертонической болезнью. Это также может привести к разработке новых методов диагностики и мониторинга заболевания на ранних стадиях.

Таким образом, исследование влияния антигипертензивной терапии на морфотекстуру ротовой жидкости у пациентов с гипертонической болезнью представляет собой актуальную и перспективную область исследований, которая принесёт значительные результаты для понимания и лечения этого серьезного заболевания.

## **НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОРОКОМ СЕРДЦА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

**Е.В. Фокина, Е.Х. Баринев, А.С. Фокин, Е.Н. Черкалина  
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва**

Цель исследования: Разработка научно-обоснованных критериев экспертной оценки ошибок, недостатков, дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов в результате оказания медицинской помощи населению, пациентам дошкольного и школьного возраста, входящим в группу повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Разработка систематизированных диагностических критериев для повышения научной и профессиональной деятельности врача, направленной на раннее выявление сердечно-сосудистой патологии у пациентов детского возраста, оказание своевременной качественной медицинской помощи детям на догоспитальном и госпитальном этапе. Разработать мероприятия по снижению риска возникновения осложнений сердечно-сосудистой системы на фоне тяжелого течения заболевания COVID-19.

Материал и методы исследования: В соответствии с целью работы материалом служат заключения комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по качеству оказания медицинской помощи, и заключения специалистов на базе государственных и независимых экспертных организаций. Медицинская документация, в том числе реанимационные карты пациентов. Изучение гражданских и уголовных дел. Методикой исследований такого рода объектов служат общенаучные методы, визуальный, описательный, сравнительный метод сопоставления данных представленных материалов между собой с данными судебно-медицинской науки, аналитический, клинический, структурный, логический, опубликованные в соответствующих руководствах и руководящих документах по проведению судебно-медицинских исследований в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Также используется статистический метод для учета повреждений и заболеваний ротовой полости при проведении стоматологического лечения. Используется математический метод для обработки результатов исследований.

Результаты исследования: Проанализировав судебно-медицинские экспертизы и заключения специалистов по оказанию медицинской помощи, оказанной врачами клинического профиля, нами были выявлены следующие недостатки:

- не собран эпидемиологический анамнез в связи с распространением новой коронавирусной инфекции, а также сезонных респираторно-вирусных инфекций;
- не отправлено экстренное извещение в органы сан-эпид надзора (учитывая эпид обстановку COVID - 19);
- не были проведены диагностические мероприятия: анализ крови, посев мокроты на штаммы вируса, не было проведено КТ исследование, не была проведена диагностика ОРВИ с вирусом гриппа;
- при опросе пациента нет уточнения о причине появления жалоб (общую слабость, затруднение дыхания, осиплость голоса, боли в эпигастрии);
- назначение препаратов без подтверждения установленных диагнозов,
- анамнез заболевания собран не полно, нет уточнений причин, связанных с ухудшением самочувствия пациента. В объективном статусе не указан уровень

сознания, ориентации во времени, пространстве и собственной личности, контактность и положение пациента.

- не проводилась пальпация и перкуссия грудной клетки, отсутствует характеристика тонов сердца при аускультации;

- не дано направление на коагулограмму, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, направление на ЭКГ-исследование;

- не назначена консультация специалиста-инфекциониста при подозрении на ОРВИ, COVID-19;

- отсутствие аллергоанамнеза;

- отсутствие скринингового УЗИ исследования сердца в 14 лет (нарушение приказа МЗ РФ №1346 н от 21.12.2012 года «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»). Рассмотрим пример клинического случая. Из обстоятельств дела известно, что 03.02.2022 года ребенок, 12 лет в сопровождении матери обратились за медицинской помощью в городскую поликлинику г. Н, на прием к терапевту. В кабинет мать зашла вместе с ребёнком, так как его состояние было очень плохим. На вопрос врача: что беспокоит, сын сказал про отдышку, учащенное и сильное сердцебиение, рвоту, боли в солнечном сплетении, уплотнение под ребрами с правой стороны, лихорадку при отсутствии температуры. Мать сообщила ему, что сын астматик и у него деформация грудной клетки. Сын на вид был бледен. Врач осмотрел сына, посмотрел горло, положил на кушетку, прощупал живот, при нажатии в области правой стороны пациент почувствовал боль и дал понять, что больно, врач также послушал грудную клетку. После осмотра терапевт дал направление на сдачу мазка на COVID-19, результат был отрицательным. В ночь на 09.02.2022 года (через 6 суток со дня первого обращения в больницу) родственники пациента были вынуждены вызвать «скорую помощь» на дом, так как ребенок чувствовал себя еще хуже, чем накануне. Приехавший фельдшер визуально установил острую сердечную недостаточность, сказал, что печень у ребенка увеличена в несколько раз, машиной скорой помощи мальчика забрали в реанимацию. В этот же день, не став ждать ухудшения состояния здоровья сына, мать добилась отправки сына реанимационным автомобилем в г. М, где 09 февраля 2022 года в 21 час 50 минут в медицинском учреждении наступила его смерть. Причиной смерти являлась недостаточность сердечная застойная, дефект межпредсердной перегородки врожденный. Из анамнеза: от первых срочных родов с весом 3800, рост 52 см. Асфиксия 2 степени. Рос и развивался по возрасту. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый бронхит. На (Д) учете состоит: бронхиальная астма. Воронкообразная деформация грудной клетки. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Осмотр узкими специалистами. Окулист 18.01.18 г. миопия. Невролог 18.01.18 г. здоров. ЛОР 18.01.18 г. здоров. ЭКГ 18.01.18 г. норма. Общий анализ мочи и крови без патологий. Диагноз: Сколиоз ГОП 1 степени, воронкообразная грудная клетка. Бронхиальная астма 1 степени. 03.07.2019 г. ЭКГ ритм синусовый, дыхательная аритмия. При обращении ребенка 03.02.22 г. Был установлен диагноз Диагноз: ОРВИ. Бронхиальная астма. Мазок на Ковид 19 и назначено лечение - Ингаверин, полоскание горла, Лоратадин, Беродуал спрей. При поступлении в стационар 09.02.22 г. Назначен общий анализ крови, биохимия крови, рентгенограмма органов грудной клетки, мазок на Ковид. Имеется результат мазок из зева - результат отрицательный. Диагноз: ОРВИ. Новая короновирусная инфекция. Вирус не идентифицирован. Острый гастрит. Язва желудка? Обследования: ФГДС по cito. Рекомендовано: Арбидол, 5 дней, витамин С, Тромбо-АСС, парацетамол при

температуре 38. Имеется вклеенный протокол эндоскопического исследования № 297, Заключение: поверхностный гастрит. Других записей не имеется. 09.02.2022 г. в 6ч 00 мин. Жалобы на резкую слабость, многократную рвоту, сердцебиение, одышку. Ухудшение со слов матери в течение недели. ЭКГ не делали. Общее состояние очень тяжелое. Кожные покровы бледные. ЧД 20 в мин., набухание местных вен, пульс 150-200 уд/мин аритмичный, АД 60/0 мм.рт.ст. Диагноз: персистирующая форма фибрилляций предсердий. Заключение ЭхоКГ: ВПС ЖМЖП (Врожденный порок сердца, Дефект межжелудочковой перегородки), аневризма мембранозной части МЖП, сброс слева направо под перегородочную створку трикуспидального клапана, его створки смещены в правый желудочек (Аномалия Эбштейна). Нарушение ритма. Был переведён в реанимационное отделение. Начата интенсивная терапия, которая не дала результатов, пациент скончался. Диагноз: Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки со вбросом в правые отделы, перезагрузка правых отделов. Лёгочная гипертензия. Фибрилляция предсердий, тахисистолия. Сердечная недостаточность 2 ст. Кардиальный цирроз печени. Патологоанатомический диагноз. Основной: врожденный порок сердца - дефект первичной межпредсердной перегородки. Осложнения: дилатация полостей сердца (правых отделов, левого желудочка), истончение стенки левого желудочка сердца (толщина миокарда 1 см), гипертрофия миокарда правого желудочка- толщина 0.4см. Легочная гипер-тензия- утолщение стенки легочного ствола, утолщение стенок мелких легочных артерий. Отек легких, застойное полнокровие легких, асцит 2 литра, двусторонний гидроторакс- справа 1 литр, слева 1.5 литра, гидроперикард 70мл. Хроническое венозное полнокровие печени, фиброз печени, белковая и жировая дистрофия печени. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма (по данным медицинской карты). Причина смерти: тяжелая застойная сердечно-легочная недостаточность, осложненная нарушениями сердечного ритма по типу фибрилляций предсердий, обусловленная впервые в жизни диагностированным пороком сердца – ДМПП (Дефект межпредсердной перегородки). Осложнение: новая коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован (По данным медицинских документов).

Вывод: Наличие неполной диагностики, отсутствие лабораторных и дополнительных инструментальных исследований во время первичного приема терапевта, недооценка тяжести состояния, и как следствие постановка неверного диагноза, поздняя госпитализация пациента в профильное учреждение была несвоевременной, что в дальнейшем помешало оказанию специализированной помощи пациенту. Успешное лечение больного зависело от своевременной и высокотехнологичной медицинской помощи. В данном конкретном случае, благоприятный исход заболевания у ребёнка был возможен при более раннем оказании ему адекватной, патогенетически правильной медицинской помощи.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ.**

**Хазраткулов Р.Б., Кариев Ш.М., Бурнашев М.И.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии город Ташкент, Республика Узбекистан**

Цель исследования: изучить эффективность применения усовершенствованного способа костно-пластической трепанации черепа у больных с различными видами травматических внутричерепных гематом в остром периоде ЧМТ.

Материал и методы исследования. Костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ) проведена 50 больным с различными видами травматических внутричерепных гематом из них 25(50%) больным применён разработанный нами способ костно-пластической трепанации черепа. Данная методика костно-пластической трепанации черепа является наименее травматичной, органосохранной и внедрена в нейрохирургические отделения лечебных профилактических учреждений.

Результаты исследования. Усовершенствованный способ костно-пластической трепанации черепа даёт возможность максимального доступа к патологическому очагу при минимальном кожном разрезе и с наименьшей травматизацией тканей. Данное изобретение позволяет уменьшить разрез мягких тканей, увеличить площадь трепанационного окна и угла атаки при проведении операции на 30%, в отличие от традиционных методов КПТЧ.

Методика операции. Производится линейный разрез кожи и мягких тканей. На скелетированную кость накладывают 3–5 фрезевых отверстий диаметром 1,0 см. Далее внутри отверстий при помощи кусачек Kerrison образовывали 2 канавки касательно наружного края фрезевых отверстий длиной 0,3 см. Затем посредством проводника и при помощи проволочной пилы Gigli поочередно, посредством соединения парных фрезевых отверстий через образованные канавки, выпиливали и образовывали округлой формы костный лоскут. При этом площадь трепанационного окна и угол атаки увеличивался. После окончания хирургического вмешательства костный фрагмент укладывали на место и фиксировали узловыми швами или титановыми скобами. Нами получен Патент на изобретение «Способ костно-пластической трепанации черепа» IAP №07345 от 28.03.2023 г.

Выводы. Таким образом, усовершенствованный способ костно-пластической трепанации черепа в отличие от других видов трепанации черепа является малотравматичной, органосохраняющей, при котором нет необходимости проводить повторные операции с целью восстановления косметического дефекта и дефекта костей черепа, значительно улучшает результаты лечения, снижает до минимума риск послеоперационных осложнений и сокращает финансовые затраты.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ.

Хазраткулов Р.Б., Ким А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии город Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: определить основные предикторы прогнозирования исходов лечения больных с различными видами внутричерепных гематом травматического генеза.

Материал и методы исследования. Методика прогнозирования исходов лечения применена 213 больным с различными видами внутричерепных гематом травматического генеза в остром периоде черепно-мозговой травмы. Для создания прогностической модели мы использовали следующие факторы риска: возраст пациента, величина латеральной дислокации мозга, фазы клинического течения ЧМТ, уровень нарушения сознания по шкале комы Глазго в баллах.

Результаты исследования. Разработанная нами прогностическая модель, предназначена для прогнозирования исходов лечения больных с различными видами травматических внутричерепных гематом (ТВЧГ). Для анализа данных и построения модели нами применён метод бинарной логистической регрессии, при котором проанализированы многие факторы риска неблагоприятного исхода. В результате применения метода исключения пошагового отбора факторов в модель были отобраны четыре фактора: возраст пациента, величина латеральной дислокации мозга, фазы клинического течения черепно-мозговой травмы, уровень нарушения сознания по шкале комы Глазго в баллах.

Исходя из значений коэффициентов регрессии, возраст, величина латеральной дислокации мозга, фазы клинического течения черепно-мозговой травмы, уровня нарушения сознания в баллах (по шкале комы Глазго), имели прямую связь с исходом лечения больных с ТВЧГ. Нами определены параметры связи каждого из предикторов модели с выбором тактики лечения у больных с ТВЧГ - возраст (-0,030 ( $p < 0,05$ )), величина латеральной дислокации (-0,548 ( $p < 0,05$ )), фаза клинического течения (-0,810 ( $p < 0,05$ )), шкала комы Глазго при поступлении (0,453 ( $p < 0,05$ )), константа (-0,432 ( $p < 0,05$ )).

Возраст имел значение в исходе лечения, чем старше возраст, тем хуже исход. По фазам клинического течения неблагоприятный исход наблюдался при стадии грубой декомпенсации, а при компенсированной, субкомпенсированной и стадии умеренной декомпенсации доля благоприятного исхода выше. Такие же результаты наблюдались при большей величине латеральной дислокации мозга. При нарушении уровня сознания по ШКГ 7 баллов и ниже исход был неблагоприятный.

Вывод. Таким образом, нами обосновано, что достаточно четырёх предикторов исходов лечения таких как, возраст, фазы клинического течения, величина латеральной дислокации, нарушение сознания по шкале комы Глазго в баллах, для создания прогностической модели исходов лечения больных с различными видами ТВЧГ в остром периоде ЧМТ.

## **ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ВА ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ТУБЕРКУЛЁЗИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ**

**М.А. Хақимов, Ш.Ю. Сабиров, С.К. Алиджанов, А.Р. Алимов**

**Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази. Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлатириш маркази.**

Охирги йилларда умумий тизим даволаш-профилактика муассасаларида фаолият кўрсатаётган шифокорлар фтизиоурологик хушёрликни йўқотган. Сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзи билан касалланган беморларнинг асосий қисмини фтизиатрия диспансерларига умумий даволаш-профилактика муассасалари шифокорлари томонидан юборилади. Беморлар, одатда, аввал поликлиникага мурожаат қилишади. Шунинг учун сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзининг диагностикасини, шу муассаса шифокорлари томонидан мукамаллаштириш лозим. ЎзР ССВ РИФваПИАТМ клиникасига қабул қилинган бирламчи беморларнинг контингентини тахлили шуни кўрсатдики, аниқланган беморларнинг асосий қисмини (70%) урогенитал туберкулёзнинг тарқалган ва асоратланган шакллари билан касалланганлар ташкил этди. Бу эса кеч диагностика аломатидир. ЎзР ССВ РИФваПИАТМ ходимлари томонидан Тошкент шаҳар умумий тизим даволаш-профилактика муассасалари ҳамда фтизиатрия диспансерларида хавф гуруҳларидаги 2300 нафар миждозни кўриқдан ўтказдик. Улардан 1300 нафари умумий даволаниш тизимидаги беморларни, 1000 – фтизиатрия диспансери назоратида турувчи миждозларни ташкил этди. Сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзи, бу гуруҳларда жаъми 324 нафар (14,1%) беморларда аниқланди, 78 нафар (3,4%) беморларда буйракларнинг бошқа хасталиклари аниқланди. Ўтказилган текширув натижалари асосида, хавфли гуруҳларда сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзини эрта аниқлаш алгоритми ишлаб чиқилди. Алгоритм сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзини аниқлашни мукамаллаштириб, текширув муддатларини қисқаришига олиб келди.

Шундай қилиб, сийдик йўллари ва жинсий органлар туберкулёзининг эрта диагностикаси учун Тошкент шаҳридаги стационарлар ва оилавий поликлиникаларда ҳамда фтизиатрия диспансерларида ҳам фаол, ҳам нофаол гуруҳларда кузатувда бўлган беморларни, бундан ташқари узoқ муддат урологик касалликлар билан даволанган шахсларни клиник-лаборатор текширувлардан ва фтизиоуролог кўрувидан ўтказиш лозим.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-РЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ**

**М.А. Хақимов, А.Р. Алимов**

**РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. акад. Ш.Алимова МЗ РУз.**

Лекарственно-резистентный туберкулез легких (ЛРТЛ) характеризуется значительной распространенностью деструктивного компонента в легких и изменением функции почек, метаболизма, а также нарушением выведения туберкулостатических препаратов. Прогноз в отношении жизни у больных лекарственно-резистентным туберкулезом легких с поражением почек неблагоприятен,

а возможности химиотерапии весьма ограничены. Вот почему проблема ранней диагностики и профилактики поражений почек у больных ЛРТЛ остаётся актуальной. Цель работы. Оценка результатов ранней диагностики и профилактики поражений почек у больных с лекарственно-резистентным туберкулеза легких.

Материал и методы исследования. Комплексному обследованию были подвергнуты 320 больных туберкулезом легких, из них у 220 пациентов установлен ЛРТЛ, у 100 – лекарственно-чувствительный туберкулез легких (ЛЧТЛ). Тупые боли в области почек в 3,8 раза (19,1 и 5,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), дизурия – в 3,4 раза (6,8 и 2,0% соответственно,  $P < 0,01$ ), нарушения функциональных проб почек в 5 раз (10,0 и 2,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), эхографические признаки патологии почек – в 2,8 раза (57,8 и 21,0% соответственно,  $P < 0,001$ ) чаще были выявлены у пациентов с ЛРТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

Результаты и обсуждения. ЛРТЛ в 57,7% случаев сочетается с заболеваниями почек и среди этих пациентов впервые были диагностированы хронический пиелонефрит у 22 (10,0%), нефротуберкулез – у 38 (17,3%), нефроптоз – у 19 (8,6%), нефролитиаз – у 23 (10,5%), амилоидоз почек – у 20 (9,1%), киста почки – у 4 (1,8%), диабетическая нефропатия – у 9 (4,1%) больных. Патологические изменения в почках выявлены в 2,7 раза чаще у пациентов с ЛРТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ (57,7 и 21,0% соответственно,  $P < 0,001$ ). Нами у больных с ЛРТЛ и ЛЧТЛ впервые были определены эхографические признаки патологии почек. Отклонения на эхографии почек выявлены у 138 (45,0%) больных с ЛРТЛ и у 19 (19,0%) пациентов с ЛЧТЛ. У обследуемых больных эхографические признаки патологии почек встречались чаще и более выражены среди пациентов с ЛРТЛ. Так, у больных с ЛРТЛ уплотнение чашечно-лоханочной системы выявлены в 2,7 раза (40,5 и 15,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), деформация чашечно-лоханочной системы – в 3,5 раза (38,2 и 11,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), повышение эхогенности паренхимы почки – в 2,9 раза (35,5 и 12,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), неравномерное уменьшение толщины паренхимы почки – в 5 раз (20,0 и 4,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), неровность контуров почки – в 2,7 раза (19,1 и 7,0% соответственно,  $P < 0,001$ ), расширение чашечно-лоханочной системы – в 2,2 раза (17,3 и 8,0% соответственно,  $P < 0,01$ ) чаще, чем у лиц с ЛЧТЛ. Следовательно, у пациентов с ЛРТЛ, среди эхографических признаков преобладали неровность контуров почки (19,1%), деформация чашечно-лоханочной системы (38,2%), расширение чашечно-лоханочной системы (17,3%), уплотнение чашечно-лоханочной системы (40,5%), склероз чашечно-лоханочной системы (24,5%), повышение эхогенности паренхимы почки (35,5%), неравномерное уменьшение толщины паренхимы почки (20,0%). Эти изменения встречались достоверно чаще, чем у лиц с ЛЧТЛ.

Заключение. Комплексное клинико – лабораторное и эхографическое исследование почек у больных с ЛРТЛ впервые позволили у 127 (57,7%) пациентов выявить патологию почек, что позволило своевременно дифференцированно диагностировать различную патологию почек у больных ЛРТЛ. Лечебные мероприятия у больных ЛРТЛ должны проводиться с учетом выявленных патологии почек, их динамики в процессе лечения.

## ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**М.А. Хакимов**

**РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. акад. Ш.Алимова МЗ РУз.**

Своевременное выявление патологии печени у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием современных возможностей эхографических методов позволит достигнуть излечения больных. До двух третей ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом имеют лёгочное и внелёгочное поражение, либо только внелёгочный туберкулез. По данным Юдицкий М.В. с соавт. (2007), при аутопсии 36 пациентов в 89% случаев выявлена туберкулез мозговых оболочек – 29 больных (80,5%), туберкулез почек, печени – 24 случая (66,6%), туберкулез внутригрудных и внутрибрюшных лимфатических узлов в 100%.

**Цель работы.** Изучить информативность эхографии в раннем выявлении патологии печени у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

**Материал исследования и методы исследования.** Проведен анализ историй болезни 120 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, проходивших лечение в отделении внелёгочного туберкулеза РСНПМЦФиП МЗ РУз.

**Результаты исследования.** При эхографии печени 120 больных туберкулезом легких сочетанных с ВИЧ-инфекцией гепатомегалию выявили у 40,8% больных. При этом увеличение размеров печени наблюдали как у больных с вирусным гепатитом (84,2%), так и у больных без вирусного поражения печени (53,1%). Среднезернистая структура визуализировалась у 38,5%, крупнозернистая – у 42,1% больных. Повышение эхогенности печени встречалось у 84,2% больных. Локальные изменения в паренхиме печени в виде очаговых формирований определяли у 21,1% больных. Поражение мезентериальных и забрюшинных лимфатических узлов при эхографии визуализировалось в 45,8% случаев. Размеры лимфатических узлов варьировали от 10 до 20 мм.

**Заключение.** Для раннего выявления патологии печени у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией нужно использовать все методы. Применение эхографии печени в комплексе с другими методами оценки эффективности у обследованных больных дает более достоверную информацию и более короткие сроки. У больных туберкулезом легких сочетанном с ВИЧ-инфекцией имеются значительные морфологические изменения паренхиматозных органов, в первую очередь печени, что связано с течением хронического вирусного гепатита. Частой находкой является поражение мезентериальных и забрюшинных лимфатических узлов, которое с учетом положительной динамики на фоне противотуберкулезной терапии связано с генерализацией туберкулезного процесса.

## **ЗНАЧИМОСТЬ БИОПСИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахманов, С.К. Алиджанов, Б.Н. Исматов..  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр фтизиатрии и пульмонологии,  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Роль эндовезикальной биопсии мочевого пузыря является определяющей в раннем выявлении и дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – туберкулез мочевого пузыря, carcinoma in situ, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика туберкулеза мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

**Цель исследования.** Оценить возможности эндовезикальной биопсии в раннем выявлении и дифференциальной диагностике у пациентов с подозрением на туберкулез мочевого пузыря.

**Материалы и методы исследования.** Комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациента с подозрением на туберкулез мочевого пузыря в урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

**Результаты и обсуждение.** Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия. Среди 93 пациентов с поражением мочевого пузыря при эндовезикальной биопсии у 67 (72,0%) пациентов выявили туберкулез мочевого пузыря, у 17 (18,3%) – рак мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полип мочевого пузыря. Были установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженной зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окруженной зоной гиперемии с нечеткими контурами) – у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистис – у 14 (20,9%) больных.

**Выводы.** Применение эндовезикальной биопсии у 93 пациентов способствовало раннему выявлению туберкулеза мочевого пузыря у 67 (72,0%) пациентов, у 17 (18,3%) – рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полипа мочевого пузыря. При поражений мочевого пузыря проведение дифференциальной диагностики предполагает: клинико-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). Цистоскопия с эндовезикальной биопсией при поражении мочевого пузыря может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на туберкулез.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.**

**Хакимов М.Н., Саидходжаева С.Б.**

**Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.**

Актуальность. Вопросы выбора тактики хирургического лечения супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом являются одной из актуальных проблем современной нейрохирургии.

Цель: изучить осложнения хирургического лечения больных по поводу супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы осложнения хирургического лечения 49 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга, которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2020-2023 гг.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). У 6 больных развился постоперационный отёк который усугублял дислокацию мозга и общее состояние больного. В 4 случаях наблюдался интраоперационный отёк, в данных случаях с целью декомпрессии дополнительно расширяли трепанационное окно путём резекции кости, и удаления костного лоскута. В 2 случаях наблюдалось кровоизлияние в ложе удаленной опухоли. Данным больным проводилась повторная операция.

Выводы: применение высокотехнологического оборудования и микрохирургического инструментария позволяют снизить осложнения при хирургических вмешательствах, но в случаях развития дислокационного синдрома осложнения могут быть связаны с тяжестью состояния больных.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА**

**Хакимов Ш.К., Алимова Г.М., Абдуллаева Г.Д.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Целью нашего исследования явилось комплексное изучение состояния плода и новорожденных при родах с тазовым предлежанием.

Материал и методы исследования. Обследованы 96 рожениц с тазовым предлежанием плода, со сроком беременности 33-42 нед: «чисто» ягодичное - 84, смешанное - 7, ножное – 5. Контрольную группу составили 80 рожениц со сроком беременности 35 - 42 нед., с головным предлежанием плода: затылочное-теменное - 78, переднеголовное -1, лобное предлежание-1. Роды через естественные родовые пути имели роженицы контрольной и основной группы соответственно 96,3% и 85,4% ( $p < 0,01$ ), а абдоминальное родоразрешение проведено в 3 (3,75%) и 14 (14,6%,  $p < 0,01$ ) случаях. По возрасту ( $25,4 \pm 0,73$  и  $25,9 \pm 0,42$  лет,  $p > 0,05$ ) и паритету родов перво- (28,7% и 32,3%,  $p > 0,05$ ) и повторнорожавшие (71,2% и 67,7%,  $p > 0,05$ ) обследованные группы рожениц были сопоставимы.

Оценка состояния новорожденных проводилось по шкале Апгар, а детей с синдромом дыхательных расстройств (СДР) по шкале Сильвермана-Андерсена и Доуэнса. Также оценена нервно-рефлекторная возбудимость, функции ЧМН,

двигательная активность (тонус мышц), чувствительность (тактильная), безусловные (оральные, позотонические - надсегментарные, сегментарные-двигательные автоматизмы, проприорецептивные рефлексy (сгибательные, разгибательные-локтевые, коленные, ахилловые, стопные-разгибательные и сгибательные), определение топики (центральные, периферические) и виды (спастические, вялые) парезов верхних и нижних конечностей. По показаниям проводились краниография, спондилография (шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника) (напряжение 50 KV, экспозиция 0,04 сек.), нейросонография (Алоса SSD-3500 SV) головного мозга. Материал обработан непараметрическим способом – точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием ( $\phi$ ) для относительных величин на программе Microsoft Excel (2003).

Результаты исследования и их обсуждение.

Наши исследования показали, что акушерский анамнез основной группы рожениц, по сравнению с контрольной значительно отягощен, т.е., среди них увеличено число выкидышей перед первыми родами (13,5% и 2,5%,  $p < 0,001$ ), искусственные аборты (21,9% и 13,8%,  $p < 0,05$ ), мертворождаемость (9,4% и 3,5%,  $p < 0,05$ ), преждевременные роды (17,7% и 5,0%,  $p < 0,002$ ), хронические очаги инфекции (4,03% и 26,3%,  $p < 0,024$ ), заболевания сердечно-сосудистой системы (19,8% и 10,0%,  $p < 0,033$ ), пищеварительной (22,9% и 7,5%,  $p < 0,01$ ), мочевыводящих путей (33,3% и 15,0,  $p < 0,001$ ), дыхательной (12,5% и 5,0%,  $p < 0,037$ ) системы, а также гинекологические заболевания (28,1% и 13,8%,  $p < 0,009$ ). Эти данные приводили к значительному увеличению репродуктивной «потери» ребенка, т.е., в основной группе соотношение родов и беременности составило 1:1,53, а в контрольной 1:1,34.

При анализе ФПК и ППК нами обнаружено снижение кровотока в артериях пуповины ( $-12,9 \pm 3,74\%$ ) и матки ( $-27,1 \pm 4,53\%$ ,  $p < 0,05$ ) у женщин основной группы при высоких значениях систоло-диастолических соотношений, соответственно  $\geq 3,0$  и 2,5 в этих сосудистых регионах, что свидетельствовало об уменьшении конечно-диастолической скорости кровотока в артериях пуповины и повышенную резистентность сосудов плаценты. Эти данные указывают на снижение плацентарной перфузии у рожениц основной группы в силу концентрации вышеуказанного преморбидного фона и хронических экстрагенитальных заболеваний [3, 4].

У плодов основной группы рожениц в значительных случаях (62,5% против 15,0%,  $p < 0,001$ ) выявилось отставание (на две и более нед.) фетометрических показателей плода от их гестационного возраста. Параметры фетометрии плодов основной группы рожениц БПР ( $9,09 \pm 0,036$  см), ОГр ( $9,21 \pm 0,034$ ), ОЖ ( $9,35 \pm 0,032$ ) значительно отставали ( $p < 0,001$ ) от данных плодов рожениц контрольной группы ( $9,38 \pm 0,035$ ;  $9,52 \pm 0,034$  и  $9,52 \pm 0,034$ ).

У рожениц основной группы значительно часто встречались осложнения в родах: слабость родовой деятельности (27,1% против 15,0%,  $p < 0,023$ ), дискоординированные (17,7% и 5,0%,  $p < 0,003$ ) и затяжные роды (16,7 и 7,5%,  $p < 0,029$ ), преждевременное излитие околоплодных вод (19,8% и 6,3%,  $p < 0,003$ ), ранняя отслойка нормально расположенной плаценты и её предлежание (18,8% и 10,0%,  $p < 0,047$ ), патологии плаценты (11,5% и 3,8%,  $p < 0,024$ ) и пуповины (21,9% и 12,5%,  $p < 0,048$ ).

В основной группе рожениц часто применялись акушерские пособия и манипуляции (43,8% против 15,0%,  $p < 0,001$ ). При всем щадящем режиме ведения родов у 26% рожениц основной группы развилось повреждение промежности, что существенно выше, чем данные контрольной группы (6,3%,  $p < 0,001$ ). Основными последствиями родов с тазовым предлежанием явились высокая частота гипоксии

плода (48,9% против 16,3% контрольного,  $p < 0,001$ ) и асфиксии новорожденных (61,5% против 30,0%,  $p < 0,001$ ). Признаками гипоксии плода в первом периоде родов по данным КТГ явились уменьшение средней амплитуды мгновенных осцилляций – MhMO (10,3±0,35 против 12,4±0,6 уд/мин,  $p < 0,001$ ), число медленных акселераций – hMA (3,9±0,31 против 9,4±0,61 уд/мин,  $p < 0,001$ ) и их продолжительности (4,9±1,16 против 10,5±0,44 мин за 60 мин,  $p < 0,001$ ), увеличение общей продолжительности стабильного ритма – Etcp (75,7±2,65 против 32,4±1,35%,  $p < 0,001$ ).

Нами установлено, что доля новорожденных с массой тела соответствующей к сроку гестации доношенности в группах детей с головным предлежанием больше – 52 (65,0%) по сравнению с детьми, родившимся в тазовом предлежании – 34 (35,4%,  $p < 0,001$ ), доношенных с низкой массой тела по сроку гестации в изученных группах выявлено по 12,5% и 31,3% ( $p < 0,001$ ). Переносенные со сроком гестации  $\geq 4,1$  нед., составили в изучаемых группах 17,5% и 8,53% ( $p < 0,001$ ), при этом их масса тела у 12,5% и 3,13% ( $p < 0,01$ ) соответствовали, а 5,0% и 5,21% нет ( $p > 0,05$ ). Недоношенные со сроком гестации  $\leq 37$  нед и им соответствующие массы тела обнаружены у 5,0% и 10,4% детей ( $p > 0,05$ ), а недоношенные с пренатальной гипотрофией (т.е., с низкой массой тела) составили лишь 14,6% ( $p < 0,001$ ) среди новорожденных, родившихся в тазовом предлежании. При этом средняя масса тела новорожденных основной группы составила 2904,0±61,2 гр, что существенно ниже, чем дети, родившихся в головном предлежании (3240,3±54,4%,  $p < 0,001$ ).

У новорожденных, родившихся при тазовом предлежании часто выявлялись признаки II и III степени асфиксии (24,0% и 12,5%) что выше, чем данные детей с головным предлежанием (15,0% и 2,5%,  $p < 0,01$ ), признаки СДР (16,7% против 3,75%,  $p < 0,01$ ), псевдобульбарный синдром (9,38% и 2,5%,  $p < 0,05$ ), признаки спастического пареза верхних (25,0% против 3,75%,  $p < 0,001$ ) и нижних конечностей (12,5% против 2,5%,  $p < 0,001$ ), вялых парезов верхних (30,2% против 27,5%,  $p > 0,05$ ) и нижних конечностей (19,8% против 1,25%,  $p < 0,001$ ). Среди новорожденных из группы тазового предлежания в двух случаях с признаками тяжелой асфиксии ( $\leq 4,0$  балла), СДР и псевдобульбарного синдрома наблюдался летальный исход в ближайшем послеродовом периоде (6-24 часа).

Выводы:

Акушерский анамнез беременных и рожениц с тазовым предлежанием плода значительно отягощен, что неблагоприятно сказывается на исходе родов, характер и количество осложнений у плодов и новорожденных.

Для дифференциации случаев ante- и интранатальной гипоксии плода, обусловленные тяжестью родов с тазовым их предлежанием, необходим мониторинг анализ состояния здоровья плода (кардиотокография) и параметров гемодинамики в маточно-плацентарном и пуповинно-плодовых сосудистых бассейнах.

Роды с тазовым предлежанием плода часто осложняются гипоксией плода и асфиксией новорожденных, что в раннем неонатальном периоде маскирует клинические признаки натальных повреждений головного и спинного мозга.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш., Шамсутдинова Д.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей до 3 месяцев с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 30 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования внутриутробной инфекции. ИФА маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводилось с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (МОМР) и предраннего белка указанных вирусов. После уточнения диагноза дети распределялись на две группы серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n – 20). Лабораторные методы исследования. Общеклинические лабораторные исследования включали: определение в капиллярной крови содержания гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов; подсчет лейкоцитарной формулы на гематологическом анализаторе «Vega» фирмы «La Roshe» (Германия), а также общепринятыми методами определение скорости оседания эритроцитов, анализ мочи, исследование показателей кислотно-основного состояния крови - pH, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, HbO<sub>2</sub>, BE на приборе «ABL-50» (Австрия). Материал обработан методом вариационной статистики. Результаты исследования. Для оценки состояния здоровья детей при рождении применяли общепринятые клинические методы исследования. Оценка состояния детей после рождения проводилась с использованием шкалы Апгар на 1 и 5-х минутах жизни.

Физическое развитие ребенка определялось по массе тела, росту, масса - ростовому коэффициенту, которые сопоставлялись с данными таблиц центильного типа Г.М.Дементьевой и Е.В.Короткой (1980). Анализ течения раннего неонатального периода у новорожденных позволил выявить, что в удовлетворительном состоянии родились все дети контрольной группы и 13 (32%) доношенных новорожденных с внутриутробной инфекцией (1-я группа) (оценка по шкале Апгар - 8-9 баллов). Из 30 детей 1-й группы в состоянии средней тяжести (6-7 баллов) находились 16 (40%), в тяжелом (4-5 баллов) - 11 (28%) новорожденных. Их масса тела составила 3300±111 г; длина - 52±0,5см; массоростовой коэффициент - 63,5±4,5, однако у 16 детей масса тела не превышала 2450±401, что соответствовало задержке развития I-II степеней. Оценка состояния детей при рождении гестационный возраст недоношенных новорожденных (2-я группа) составил 32-36 недель; из них 34% (17 детей) родились в срок гестации 32-34 недель, 66% (33 ребенка); - 34-36 недель с оценкой по шкале Апгар 4-5, 3 и менее баллов. В среднетяжелом состоянии находились 25% детей, в тяжелом - 75%, из которых 13 детей (11%) - в крайне тяжелом. Масса тела при рождении младенцев составила 1791±71 г, длина 42±0,6 см, массо-ростовой коэффициент - 42,4±2,3, в 60% случаев масса тела не превышала 1500 г.

Антропометрические показатели этих новорожденных соответствовали II-III степеням недоношенности и задержке развития. Все дети родились в состоянии асфиксии различной степени тяжести, проявляющейся акроцианозом, цианозом носогубного треугольника, генерализованным цианозом с нарушением дыхания в виде тахипноэ (28%), брадипноэ (48%) или апноэ (24%) с изменениями со стороны сердечнососудистой системы.

Новорожденные в исследуемых группах имели перинатальные поражения ЦНС, которые проявлялись у доношенных детей синдромами повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензивно-гидроцефальным, угнетения ЦНС, судорожным и их сочетаниями.

При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по внутриутробной инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами внутриутробной 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 внутриутробной инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов. В анализе крови у детей с ИФА-маркерами внутриутробной инфекции чаще выявлялась анемия с  $Hb \leq 120$  г/л (73,3% против 60,0%,  $P < 0,05$ ), тромбоцитопения  $\leq 50000$ /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 внутриутробной инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ( $5636,8 \pm 659,2$  против  $6397,9 \pm 305,9$ ,  $P < 0,05$ ), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ( $65,7 \pm 3,1\%$  против  $75,5 \pm 1,54\%$ ,  $P < 0,01$ ), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ( $4,27 \pm 0,18$  против  $3,29 \pm 0,26\%$ ,  $P < 0,05$ ), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ( $0,41 \pm 0,08$  против  $0,19 \pm 0,01$ ,  $P < 0,01$ ), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ( $0,49 \pm 0,06$  против  $0,28 \pm 0,05$ ,  $P < 0,05$ ), общего индекса интоксикации – ОИИ ( $0,89 \pm 0,04$  против  $0,37 \pm 0,05$ ,  $P < 0,001$ ), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ ( $0,54 \pm 0,04$  против  $0,19 \pm 0,09$ ,  $P < 0,05$ ) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ( $7,49 \pm 0,18$  против  $0,29 \pm 0,09$ ,  $P < 0,05$ ).

Выводы: 1. Внутриутробная инфекция у доношенных и недоношенных новорожденных характеризуется разнонаправленными изменениями показателей крови: гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, кислотно-основного состояния, что снижает их диагностическую ценность.

2. У новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров внутриутробной инфекции выявляются определенные лабораторные изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусовой внутриутробной инфекции на гемопоэтические клетки.

## ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТ ИНГРЕДИЕНТОВ, НА РАЗВИТИЕ ГИПОГАЛАКТИИ У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

**Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш., Фарманкулова Ё.Р.**  
Андижанский государственный медицинский институт

Целью данного исследования явилось изучение изменений содержания пищевых ингредиентов и калорийной ценности ГМ у женщин с анемией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 241 женщин с различной степенью тяжести железодефицитной анемии (ЖДА): Iст – 132; IIст - 84 и IIIст – 25 чел. Контролем явились показатели ингредиентного состава ГМ 30 здоровых кормящих матерей. При этом учитывался возраст матерей, паритет родов, период лактации и объем суточного молока (ОСМ). Определения белков, жиров и углеводов в ГМ проводилось согласно методике Домбровского Я.Ю. и соавт. (1986).

Результаты исследования и обсуждение. У женщин больных анемией I степени статистические различия по содержанию пищевых ингредиентов по сравнению со здоровыми не обнаруживались ( $P>0,05$ ), но энергетическая стоимость молока существенно снижалась ( $P<0,05$ ). У больных женщин со II и III степенями анемии в составе ГМ существенно уменьшалось содержание белков ( $P<0,05-0,001$ ), жиров ( $P<0,05-0,001$ ) и углеводов ( $P<0,05-0,01$ ). При этом основная “потеря” энергетической ценности молока происходила ( $P<0,001$ ) за счет белков (15,7% и 30,9%,  $P<0,01$ ) и жиров (8,0% и 22,5%,  $P<0,01$ ), чем за счет углеводов (4,5 и 5,46%,  $P<0,05$ ), соответственно II и III степени тяжести анемии. При этом, по мере усугубления тяжести анемии, калорийная ценность белков и жиров уменьшается, а калорийная ценность углеводов относительно увеличивается ( $P<0,01$ ;  $P<0,01$ ;  $P<0,05$ ), что подтверждается увеличением соотношения углеводов в составе молока у женщин при II (1:2,9:6,9) и III степенях анемии (1:3,0:8,3) по сравнению со здоровыми (1:2,7:6,1) и больных женщин с I-й степенью анемии (1:2,8:6,4).

Анализ ингредиентного состава ГМ больных женщин с анемией в зависимости от возраста, паритета родов и периода лактации показал, что состав молока у больных женщин с I степенью анемии существенно не отличается от данных ГМ здоровых женщин. Однако, снижение содержания белка в составе ГМ у них отмечалось при лактации после шести месяцев ( $11,3\pm 0,14$  г/л,  $P<0,05$ ), по сравнению с женщинами с лактацией до шести месяцев ( $11,7\pm 0,12$  г/л). Содержание жиров снижено ( $30,3\pm 1,02$  г/л) у женщин в возрасте 30 лет и старше, по сравнению с женщинами, больными анемией в возрасте 21-29 лет ( $32,9\pm 0,48$  г/л), также у женщин с паритетом 3 и более родов ( $31,4\pm 0,74$  г/л,  $P<0,05$ ), против женщин с 1-2 родами в анамнезе ( $33,0\pm 0,44$  г/л). В связи с вышеуказанным, у женщин с I степенью анемии общая калорийная ценность ГМ снижена: у женщин с более 6 месяцами лактации ( $635,7\pm 3,5$  ккал/л,  $P<0,05$ ) в возрасте 30 лет и старше ( $627,8\pm 5,77$  ккал/л), и паритетом 3 и более родов ( $638,1\pm 4,93$  ккал/л) по сравнению с группой женщин с лактацией до шести месяцев ( $654,4\pm 2,99$  ккал/л), в возрасте 21-29 лет ( $653,7\pm 3,05$  ккал/л) и паритетом 1-2 родов ( $648,0\pm 2,34$  ккал/л). Вследствие этих дефицитов, у больных женщин с I степенью анемии значительно

изменено пропорциональное соотношение пищевых ингредиентов - б/ж/у, соответственно у женщин в возрасте 30 лет и старше (1:2,7:6,5), с паритетом 3 и более родов (1:2,8:6,5) и при лактации более шести месяцев (1:2,8:6,4), по сравнению с женщинами в возрасте 21-29 лет (1:2,83:6,51) с паритетом родов 1-2 (1:2,84:6,5) и лактационным периодом до 6 месяцев (1:2,7:6,5). У них также диспропорциональна калорийная ценность основных пищевых ингредиентов соответственно в группе женщин 30 лет и старше (7,4:45:48,2), с 3 и более родами (7,5:46,0:47,04) и в период лактации более 6 месяцев (7,8:46,0:47,0%) по сравнению со здоровым контингентом женщин (7,6:46,4:46,0%) и нормативами, данных литературы (8,0:47,0:45,0%) [56, 115, 153, 195], по сравнению со здоровым контингентом женщин (7,6:46,4:46,0%) и нормативами, данных литературы (8,0:47,0:45,0%).

У женщин со II степенью анемии ГМ отмечается снижение содержания белков, жиров, углеводов и калорий ( $P < 0,05-0,001$ ), по сравнению с данными контрольной группы женщин (12,1 г/л ; 32,5 г/л; 73,2 г/л и 652,0 ккал/л). При этом значительный дефицит по белкам, жирам, углеводам и калориям выявляется и в группе кормящих матерей в возрасте 30 лет и старше (10,1±0,26 г/л,  $P < 0,01$ ; 28,5±1,37 г/л,  $P < 0,01$ ; 72,9±0,48 г/л,  $P > 0,05$ ; 605,4±6,2 ккал/л,  $P < 0,01$ ), с паритетом 3 и более родов (9,7±0,22 г/л,  $P < 0,001$ ), а также с периодом лактации более 6 месяцев: 19,8±0,19 г/л,  $P < 0,001$ ; 28,5±0,55 г/л,  $P < 0,01$ ; 71,4±0,54 г/л,  $P < 0,01$ ; 596,1±3,55 ккал/л,  $P < 0,01$ ). В связи с вышеуказанным, у кормящих женщин со II степенью анемии значительно уменьшилось соотношение калорийности (8,0%, 47,0%, 45,0%) основных пищевых ингредиентов (б/ж/у), особенно среди женщин в возрасте 30 лет и старше (6,84%, 45,8% и 49,4%) с паритетом 3 и более родов (6,65%, 44,4% и 48,9%) и в период лактации более 6 месяцев (6,74%, 44,2% и 49,4%).

У женщин с III степенью анемии во всех группах содержание белков, жиров значительно снижено, что привело к снижению общей калорийной ценности молока ( $P < 0,01-0,001$ ). При этом, как и в группе женщин со II степенью анемии дефицит ингредиентного состава молока обусловлен за счет белков (7,96; 7,56 и 7,55 г/л,  $P < 0,001$ ), жиров (24,3; 24,1; и 23,9 г/л,  $P < 0,001$ ) и энергии (546,0; 542,5 и 532,5 ккал/л,  $P < 0,001$ ) соответственно в группе женщин в возрасте 30 лет и старше, с паритетом 3 и более родов и периодом лактации более шести месяцев против данных контроля (12,1 г/л; 30,5 г/л и 652 ккал/л).

2. 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.

3. У больных женщин с III степенью тяжести анемии во всех группах происходит значительное «падение» содержание 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.

## ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Халмирзаева С.С., Ходжихматова Р.Ю., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.  
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Современное общество неразрывно связано с процессом информатизации. Применение информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в образовательном процессе, позволяет решать одну из важных задач обучения - это повышение уровня знаний.

Материал и методы исследования. Для предупреждения возможного негативного влияния применения инновационных технологий обучения на здоровье и развитие молодого организма необходимо знать особенности влияния их на функциональное состояние, работоспособность и здоровье; соблюдать гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию учебных кабинетов.

Результаты и их обсуждение. Компьютеры необходимо разместить так, чтобы свет на экран падал слева. Несмотря на то, что экран светится, занятия должны проходить не в темном, а в хорошо освещенном помещении. Рабочие места с компьютерами следует размещать так, чтобы расстояния между боковыми стенками дисплея соседних мониторов было не менее 1,2 м, а расстояние между передней поверхностью мониторов в направлении тыла соседнего монитора должно быть не менее 2 м. Такая планировка рабочих мест способствует защите пользователя от электромагнитных излучений соседних компьютеров. Рабочие места с компьютерами по отношению к светопроемам должны располагаться так, чтобы естественный свет падал сбоку, преимущественно слева. Удачным является расположение рабочего места, когда у пользователя компьютера есть возможность перевести взгляд на дальнейшее расстояние - это один из самых эффективных способов разгрузки зрительной системы во время работы. Следует избегать расположения рабочего места в углах комнаты или лицом к стене - расстояние от компьютера до стены должно быть не менее 1 м, экраном к окну, а также лицом к окну - свет из окна является нежелательной нагрузкой на глаза во время занятий на компьютере. Если компьютер все же размещен в углу комнаты, американские специалисты советуют установить на столе большое зеркало. С его помощью легко увидеть самые дальние предметы комнаты, расположенные за спиной. Наиболее оптимальной является ориентация учебных кабинетов, в которых используется компьютерная техника, на северные румбы горизонта. Главное здесь - исключение прямого солнечного света, что способствует более равномерному освещению помещения. Оконные проемы в помещениях должны быть оборудованы светорегулируемыми устройствами типа: жалюзи, занавесей, внешних козырьков. Внутренняя отделка помещений оказывает большое влияние на условия освещения. За счет отраженной составляющей освещение в отдельных зонах помещения может быть увеличено до 20%. В качестве источников общего искусственного освещения лучше всего использовать осветительные приборы, которые создают равномерную освещенность путем рассеянного или отраженного света (свет падает на потолок), и исключает блики на экране монитора и клавиатуре.

**Выводы.** Грамотная организация освещения способна повысить производительность труда при зрительной работе средней трудности на 5-6%, при очень трудной на 15%. Для освещения кабинетов информатики следует применять преимущественно люминесцентные лампы. Наиболее благоприятные показатели зрительной работоспособности отмечаются при освещенности рабочего места в 400 лк, а экрана дисплея - 300 лк. Совершенствование световой среды на современном этапе направлено на поиск оптимальных решений по созданию осветительных установок, поддерживающих зрительную систему и общее состояние организма детей и подростков на должном уровне.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**Хамдамов Б.З., Сафаров С. С. , Дадабаев О. Т., Василевский Э.А.  
Бухарский государственный медицинский институт, Андижанский  
государственный медицинский институт**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени путем определения роли и места иммунопатогенетических аспектов в прогнозировании и профилактике гнойно-септических осложнений при данном заболевании.

**Материал и методы.** Работа состоит из клинической и экспериментальной части. Клинический материал состоит из 594 больных с гидатидозным эхинококкозом печени (контрольная – 298 больных и основная – 296 больных), находившихся на лечении и обследовании в Бухарской областной многопрофильной клинике с 2010 по 2023 годы. Экспериментальные исследования проведены на беспородистых кроликах, находившиеся в условиях вивария центральной научно-исследовательской лаборатории Бухарского государственного медицинского института. Всего было использовано 45 животных весом 1,5-2,0 килограмма, обоего пола, без внешних признаков заболевания.

В исследование были включены больные, отвечающие следующим критериям: Письменное согласие пациента на проведение исследования, возраст пациента должен быть не младше 18 лет и не старше 75 лет, из исследования были исключены больные, которые соответствовали следующим критериям: наличие у больного тяжелого сопутствующего (соматического) заболевания в острой фазе его развития, возраст пациента младше 18 лет или старше 75 лет.

В работе использованы клинические, иммунологические, биохимические, морфологические, ультразвуковые, рентгенологические, аналитические и статические методы исследования.

**Результаты исследования.** Анализ результатов исследований показал, что несмотря на применение современных методов диагностики и лечения гидатидозного эхинококкоза печени, проведенный ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения больных контрольной группы показал сохраняющиеся, к сожалению, высокие значения неудовлетворительных результатов и летальности (14,8% и 1% соответственно). В отдаленный период у 10,4% больных был выявлен рецидив заболевания, а у 7,4% - наличие резидуальных кист. В отделенный период после операции умерло еще 6 больных в результате развития послеоперационных осложнений. Анализ изменения клинико-лабораторных, биохимических и первичных

иммунологических показателей крови у больных с эхинококкозом печени позволяет сделать заключение об активации гомеостатических процессов, не последнюю роль при которых, отводится и к первичным иммунологическим показателям. Однако эти данные не могут отразить всей полноты механизма преобразования иммунологической ответной реакции, в связи с чем в повседневной клинической практики они выпадают из поля зрения клиницистов. Требуется целевое исследование соотносительности Т-лимфоцитов, цитокинов и хемокинов, которые в совокупности могут отразить этапность происходящих сложных иммунологических реакций организма в ответ как на инвазию паразита, так и развитию его гнойно-септических осложнений.

Воспроизведение экспериментальной модели гидатидозного эхинококкоза печени приводит к дифференцированной экспрессии субпопуляций Т-лимфоцитов, преобразуя защитную реакцию организма в своеобразный иммунный ответ, который характеризовался активностью Т-клеток для организации процесса и формирования защитного слоя. Однако данная ответная реакция организма под действием вторичной, неспецифической бактериальной инфекции изменяла свой характер иммунного следа. Показатели гуморального иммунитета в большей степени характеризовались низкой корреляционной связью в динамике усугубления патологического процессе, что было отражено в большей степени по отношению к хемокинам CCL17 и CCL18, а также CCL13 и CCL17. Основную определяющую роль ответной реакции организма, в данном случаи, берут на себя цитокины.

Применение разработанных методов прогнозирования и профилактики гнойно-септических осложнений гидатидозного эхинококкоза печени, основанный на выявлении степени иммунологической супрессивности и применение таргетных способов ее коррекции, позволило существенно улучшить результаты лечения в отдаленном периоде в 2,1 раза и повысить качество жизни пациентов с достижением хороших результатов к концу проводимого исследования до 99,7%.

Выводы:

1. Соотносительность показателей клеточного и гуморального иммунитета позволяет выделить 3 фазы развития иммунологической супрессивности при гидатидозном эхинококкозе печени (не компетентностный иммунный ответ организма). Первая фаза характеризуется (компенсированная) характеризуется достоверными изменениями цитокинов IFN- $\gamma$  и IL-9, которые служат маркерами иммуносупрессивного состояния, создающие условия для инвазии и роста паразита в печени. Вторая фаза (субкомпенсированная) характеризуется снижением корреляционных значений цитокинов IL-8 и IL-10, а также активности Т-клеток, что свидетельствует о прогрессировании заболевания. Третья фаза (декомпенсированная) характеризуется преобладанием рост активности Т-клеток, усиливающих продукцию цитокинов за счет лимфоцитов и других клеток, играющие ключевую роль при гнойно-септическом процессе.

2. Перевод иммунологической реакции организма на Th1 клеточный тип ответной реакции должен лежать в приоритете коррекции происходящих нарушений. При этом ключевая роль в развитии этой реакции играет степень выработки иммуноглобулина G, которые воздействия с антигенами мембраны эхинококкоза, запускают ответную реакцию организма по определенному типу клеточно-гуморального механизма. В то же время, при наличие гнойно-септических осложнений, в условиях, когда очаг деструкции сохраняется, все проводимы мероприятия, направленные на детоксикацию и коррекцию выявленных иммунных нарушений можно считать сведенными на нет в связи с их низкой эффективностью.

3. Применение разработанных клинико-иммунологических методов прогнозирования и профилактики гнойно-септических осложнений эхинококкоза печени, позволило сократить их частоту возникновения с 28,2% до 10,1%. По сравнению с контрольной группой больных, было достигнуто увеличение количества больных с хорошими и удовлетворительными результатами лечения в целом на 7,2%, а количество больных с неудовлетворительными результатами лечения и летальностью было уменьшено в 1,8 и в 3 раза соответственно.

### **КРОССЭКТОМИЯ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ДАНЬ ТРАДИЦИИ**

**Хамдамов У.Р.1, Абдурахманов М.М2, Кенжаев Л.Р.  
1.Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан  
2.Бухарский государственный медицинский институт.**

**Актуальность:** На сегодняшний день восходящий тромбофлебит вен нижних конечностей и его возможные осложнения остаются актуальной проблемой. Наличие тромба вблизи от сафенофemorального соустья является показанием к выполнению кроссэктомии при восходящем тромбофлебите БПВ. Однако не у всех пациентов это вмешательство может остановить процесс тромбообразования. Иногда у пациентов наблюдается распространение тромбоза на глубокие вены через перфоранты или развитие тромбоза на другой конечности. В связи с чем, возникает вопрос – так ли необходима кроссэктомия в лечении данной группы пациентов при условии использования антикоагулянтов (НОАК).

**Цель:** Изучить эффективность лечения восходящего тромбофлебита вен нижних конечностей с помощью НОАК без выполнения кроссэктомии.

**Материалы и методы:** В нашем центре за период с января 2022 по декабрь 2023 года было пролечено 256 пациентов в возрасте от 29–72 лет с восходящим тромбофлебитом. Всем пациентам перед началом лечения и в течение 2-х месяцев в процессе его выполнялся дуплексный мониторинг состояния венозного русла. В исследование включались пациенты с восходящим тромбофлебитом подкожной вены (БПВ, МПВ), верхушка тромба у которых располагалась на расстоянии 10 см от конfluence или проксимальнее. В исследовании было 8 пациентов с пролабированием тромба на пределы СФС. Всем пациентам назначался ривароксабан в стандартной дозировке, принятой для лечения ТГВ (15 мг по 1 табл. 2 раза в сутки 21 день, затем 20 мг в сутки до 2-х месяцев). Так же пациентам назначался компрессионный трикотаж 2-го класса компрессии на весь период лечения и НПВС до 4–5 суток. Ультразвуковой мониторинг состояния венозного русла проводился на 1-е, 3-и, 7-е сутки, а также на 4-й и 8-й неделе.

**Результаты:** Все пациенты были пролечены амбулаторно. Оперативное лечение не проводилось. По данным дуплексного сканирования не было ни одного случая продолженного роста тромба после начала лечения. На 7-е сутки наблюдался лизис верхушки тромба в среднем на 1–3 см. В течение 1–2 месяцев наблюдалась реканализация БПВ (полная или частичная). У 3-х пациентов в течение первой недели лечения наблюдались малые кровотечения (ректальные, носовые), что потребовало уменьшения дозировки до 20 мг в сутки. У 1 пациента наблюдалась аллергическая реакция, что потребовало перевести пациентку на дабигатран. Случаи ТЭЛА зарегистрированы не были.

Выводы: Благодаря появлению НОАК, лечение пациентов с восходящим тромбофлебитом может проводиться без выполнения кроссэктомии. Это помогает снизить операционную нагрузку на хирургов, уменьшает стоимость лечения данной нозологии и позволяет проводить его в амбулаторных условиях.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.  
Бухарский филиал РНЦЭМП.**

Актуальность. Трофические язвы являются одним из самых тяжелых осложнений хронических заболеваний вен, которые приводят к функциональной недостаточности нижних конечностей и резкому снижению качества жизни пациентов. Посредством оперативного вмешательства невозможно устранить все патогенетические механизмы хронической венозной недостаточности. Поэтому разработка и внедрение современных методов лечения трофических язв, включение их в комплекс предоперационной подготовки и комбинирование с различными способами хирургической коррекции хронической венозной недостаточности является актуальным.

Цель: оценить различные сроки, методы и результаты хирургической коррекции трофических язв нижних конечностей на фоне хронических заболеваний вен.

Материалы и методы: В течение 3 года исследовано 16 человек с трофическими венозными язвами нижних конечностей, требующими хирургической коррекции. Все больные проходили обследование и лечение в отделении I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП. Среди термических обследуемых 9 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов составил 51,6. Причиной образования трофических язв в 50% была первичная варикозная болезнь и ещё в 50% посттромботическая болезнь с вторичной варикозной болезнью. Площадь трофических язв варьировала от 30 до 450 см<sup>2</sup>.

Результаты: Все пациенты были оперированы в объеме аутодермопластики язвы и/или флебэктомии большой подкожной вены. В зависимости от характера и сроков операций, все больные разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, которым была выполнена аутодермопластика язвы без хирургической коррекции венозного кровотока (n=6), во второй группе первым этапом выполнена флебэктомия несостоятельной подкожной вены (n=6), третья группа - одномоментная флебэктомия с аутодермопластикой (n=4). Всем пациентам назначалась длительная флеботропная терапия. Показанием ко второму этапу операции во второй группе больных было незаживление трофической язвы даже после хирургической коррекции венозного кровотока. Сроки между операциями флебэктомии и аутодермопластики в этой группе составили от 8 дней до нескольких лет при условии стойкого незаживления язвы и постоянной флеботропной терапии. Осложнений операций зарегистрировано не было. В каждой группе выявлено по 1 пациенту (наибольшая площадь язвы) с отторжением кожного трансплантата в раннем послеоперационном периоде. У остальных пациентов полное заживление язвы без их рецидивов наступало уже в раннем послеоперационном периоде. Венозные язвы обнаруживают у 1-3% взрослого населения Узбекистане. Абсолютным большинством среди всех причин образования трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности являются посттромботическая и варикозная болезни. Лечение больных с трофическими язвами

венозной этиологии без коррекции венозного кровотока является длительным и малоэффективным, а также сопровождается рецидивами. С условием небольшой выборки мы не нашли значимой взаимосвязи между сроками, методами и результатами комплексного лечения трофических язв на фоне хронических заболеваний вен, но комплексный подход к лечению венозных трофических язв является основой для стойкого их заживления. Однако, чем больше площадь язвы, тем ниже вероятность её заживления даже при условии комплексного подхода.

Выводы: Применение кожной аутопластики без хирургической коррекции венозного кровотока, но с назначением постоянной флеботропной терапии позволяет добиться стойкого заживления трофической венозной язвы в 16,6% случаев.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКАФОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.**

**Хамидуллаев Д.И., Ахмедиев М.М., Югай И.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр нейрохирургии. Ташкент. Узбекистан.  
Каракалпакский медицинский институт Нукус. Узбекистан.**

Краниосиностоз характеризуется врожденным отсутствием швов черепа. Наиболее распространенной формой краниосиностоза является синостоз сагитального шва, который проявляется скафоцефалией. Довольно часто встречаются деформации головы у грудных детей, сходные со скафоцефалией, такие как позиционная или врожденная долихоцефалия. При позиционной долихоцефалии отсутствует синостоз сагитального шва, но существуют трудности, особенно у грудных детей, в дифференциальной диагностике таких деформаций головы и истинной скафоцефалии. Цель: выработать дифференциальную диагностику позиционных деформаций головы и истинной скафоцефалии при сагитальном синостозе у грудных детей.

Материал и методы. В исследование включены 22 пациента с позиционной долихоцефалией в период с 2017 г. по 2023 г. Критерием включения были данные КТ или УЗИ, подтверждающие или исключающие сагитальный синостоз. Возраст больных составил  $6,3 \pm 3,1$  мес. Проанализированы анамнестические, клинические и рентгенологические данные. МСКТ и УЗИ данные сопоставлены с диагностическими данными 32 грудных детей со скафоцефалией за этот же период. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и краниальному индексу.

Результаты и обсуждение: действительно существуют объективные трудности в дифференциальной диагностике скафоцефалии на фоне сагитального синостоза и долихоцефальных деформаций головы. Данные анамнеза могли нам дать информацию о наличии явлений выраженного рахита у 4-х из 22 пациентов с долихоцефалией и у 7 с истинной скафоцефалией. Наличие деформации таких же как у близких родственников было у 14 больных с обеих групп с недостоверной статистической разницей между ними. И таким образом в большинстве случаев по анамнезу нам не удается установить причину позиционных и врожденных форм долихоцефалии. Наиболее вероятными причинами могли быть пре- и постнатальные компрессионные и позиционные эффекты. Клинически у грудных детей помимо деформации головы однозначных проявлений не было.

Для дифференциальной диагностики этих аномалий во всех случаях мы проводили УЗИ швов черепа и при подозрении – МСКТ томографию с 3D реконструкцией черепа.

Таким образом, грудным детям с долихоцефальным черепом необходимо посещение специалиста – детского нейрохирурга для проведения обследования на предмет исключения скафоцефалии. Данные анамнеза неинформативны для дифференциальной диагностики. УЗИ сагитального шва и последующая МСКТ томография с 3D реконструкцией черепа однозначно решает вопрос по диагностике скафоцефалии.

## **АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

**Хамрашаев Б.Б.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи.**

Гуморальные сдвиги при острой ишемии мозга приводят к изменениям адренергического аппарата и усилению перекисного окисления липидов мембран кардиомиоцитов, что может провоцировать нарушение сердечного ритма.

Цель работы. Изучить характер желудочковых аритмий при ишемическом инсульте в зависимости от тяжести и локализации очага, гипертрофии миокарда левого желудочка и продолжительности интервала QT.

Материал и методы. В основную группу (ОГ) включено 108 больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемическим инсультом в острейшем периоде, их них 50,9% мужчин и 41,1% женщин (средний возраст  $61,6 \pm 1,1$  года). Группу контроля (ГК) составили 78 больных АГ без инсульта: мужчин – 50%, женщин – 50% (средний возраст –  $58,2 \pm 1,2$  года). ОГ и ГК были сопоставимы по возрасту, тяжести АГ и сопутствующим заболеваниям. Холтеровское мониторирование проводилось с использованием системы «EDAN SE-2012» (Китай) в течение 24 часов на 2-3 сутки от развития инсульта. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) оценивали по классификации P. Lown и M. Wolf. За удлинение интервала QTc принимали значения более 440 мс продолжительностью эпизода не менее 20 сек. Оценивали суммарную продолжительность эпизодов удлиненного QTc за сутки. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определяли при ЭхоКГ по формуле Devereux R.V. Рассчитывали индекс ММЛЖ (ИММЛЖ).

Результаты. ЖЭ высоких градаций встречались в ОГ и ГК примерно одинаково часто – в 63,0 и 62,9% случаев, однако некоторые градации ЖЭ в ОГ встречались чаще: 3-х и более морфологий – в 1,8 раза ( $P < 0,05$ ) (25,9 против 14,1%), ранние – в 1,8 раза ( $P < 0,02$ ) (34,3 против 19,2%). Прослеживалась тенденция к увеличению распространенности коротких эпизодов желудочковой тахикардии (в 10,2 случаев против 2,6%) ( $P < 0,1$ ). Количество ЖЭ в ОГ составило  $435,5 \pm 180,3$ , что было в 2,2 раза больше, чем в ГК. Максимальное количество ЖЭ в час составило  $43,6 \pm 16,5$ , что в 2,0 раза превышало таковые в ГК. Среднее количество всех ЖЭ высоких градаций было больше: число морфологий, типа бигеминии, парные соответственно в 1,1; 7,8 и 5,1 раза. Однако достоверно превышало только количество ранних ЖЭ – в 21,79 раза ( $P < 0,05$ ). Отмечались тенденции увеличения количества и продолжительности эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии в ОГ соответственно в 8,1 ( $P < 0,1$ ) и 7,14 ( $P < 0,1$ ) раза. При легком инсульте увеличения ЖЭ не было. При средней тяжести и тяжелом - их количество увеличивалось с увеличением тяжести инсульта. Существенного влияния локализации очага инсульта на количество ЖЭ не выявлено. Отмечена связь количества ЖЭ высоких градаций с тяжестью инсульта ( $r = 0,251$ ;  $P < 0,01$ ), возрастом ( $r = 0,323$ ;  $P < 0,001$ ) и ИММЛЖ ( $r = 0,396$ ;  $P < 0,02$ ). Количество ЖЭ

за сутки, максимально за час, типа бигеминии и ранних экстрасистол коррелировало с суммарной продолжительностью эпизодов удлиненного интервала QTc соответственно ( $r = 0,442$ ;  $P < 0,001$ ), ( $r = 0,523$ ;  $P < 0,001$ ), ( $r = 0,339$ ;  $P < 0,001$ ) и ( $r = 0,579$ ;  $P < 0,001$ ).

**Заключение.** Острейший период ишемического инсульта ассоциируется с увеличением желудочковых аритмий высоких градаций. Основными предикторами желудочковых аритмий являются тяжесть инсульта, удлиненный интервал QT, возраст и гипертрофия миокарда левого желудочка.

## **СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Хамрашаев Б.Б.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.**

**Цель работы.** Изучение параметров суточного профиля АД по данным суточного мониторирования артериального давления.

**Материалы и методы исследования.** Изучение параметров суточного профиля АД проводилось у 150 больных АГ 3 степени, в том числе 51 больного резистентной артериальной гипертонией (РАГ), и в контрольной группе в составе 30 практических здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Суточный профиль у больных АГ оценивали с помощью суточного мониторирования АД на аппарате Contec ABPM 50 (Китай). Измерения АД проводились аппаратом в дневные часы каждые 30 минут, в ночные каждые 60 минут. Начиналось исследование в 9 ч утра.

. Данные СМАД в группе больных АГ 3 степени ( $n=99$ ) и в группе больных РАГ ( $n=51$ ) значимо не отличались, при этом средние значения САД и ДАД в дневные и ночные часы значимо были выше у больных РАГ, по сравнению с контрольной группой. Вариабельность САД днем была выше должных величин.

Обращает на себя внимание значительное увеличение скорости утреннего подъема САД и ДАД, что является неблагоприятным прогностическим признаком сердечно – сосудистых катастроф. Среди больных РАГ была выделена группа больных высокого риска с АД 180/90 мм рт ст – 15 больных (29,4%). Среднее САД в дневные часы составило  $187 \pm 0,19$  мм рт ст, ДАД-  $109,8 \pm 4,5$  мм рт ст., средние значения САД в ночное время –  $172,3 \pm 3,77$  мм рт ст, ДАД –  $99,07 \pm 5,2$  мм рт ст. Изучение суточного профиля АД проводили в группе больных РАГ, предварительно выделив пациентов с избыточным весом. Эту группу составили 20 человек (39,2 %). Были выявлены значимые результаты в группах сравнения между больными РАГ с метаболическим синдромом (МС) и без МС: были обнаружены значимые различия вариабельности САД ночью и величины утреннего подъема САД у больных с МС.

**Заключение.** Еще одним неблагоприятным признаком является то, что в группе больных РАГ выявлено 64,7% (33 пациента) нон-дипперов, т.е. у этой категории больных отсутствует ночное снижение АД, следовательно, они имеют высокий риск развития сердечно – сосудистых осложнений. Больные с абдоминальным ожирением по данным СМАД отличаются более высокими показателями ДАД за сутки и в дневной период, нагрузкой по САД в ночной период.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хасанов Д.Ш. Якуббекова С.С.  
АГМИ

Актуальность. Успех лечения рака любой локализации оценивается отдаленными результатами, то есть удельным весом больных, переживших пятилетний срок после операции. Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка остаются неудовлетворительными и колеблются в значительных пределах от 11 до 42%. Как известно, на отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка главным образом влияет множество факторов: стадия процесса, анатомический тип роста опухоли, её гистологическая структура, локализация опухоли и возраст больных, а также объем оперативного вмешательства.

Целью нашего исследования явилось анализ результатов комбинированного лечения больных раком желудка после выполнения неoadъювантной химиотерапии и радикальных операций пролеченных в областном онкологическом диспансере ЮКО за период 2020-2023гг.

Материал и методы. За 2020-2023гг. нами прооперировано 30 больных в возрасте от 35 до 80 лет, которые первым этапом комбинированного лечения получили 2 курса неoadъювантной внутриартериальной химиотерапии. Мужчин было 21, женщин 9. I-II стадией было 4 больных, III стадией 19 больных, IV стадией 7 больных.

Результаты. Гистологически верифицированы различные варианты аденокарциномы у 21 больных, недифференцированный рак у 5 больных, скирр у 4 больных. Неoadъювантную внутриартериальную химиотерапию применяли схему Цисплатин 100мг/М2 + Фторурацил 750мг/М2. После 2-х курсов больным проводили хирургическое лечение. Больным были проведены следующие варианты операций: дистальная субтотальная резекция желудка по Бильрот II выполнена в 14 случаях, проксимальная резекция желудка с эзофагогастростомией в 3 случаев, гастрэктомия 13 случаев. Вместе с этим всем больным выполнена стандартная лимфодиссекция Д-2. В послеоперационном периоде у 3 больных наблюдалась послеоперационная пневмония, Послеоперационная летальность составила 2 (1,81%). Основными причинами летальных исходов были сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания у пожилых больных. При динамическом наблюдении одногодичная летальность отмечена у 5 больных с IV стадией процесса, что в основном связано с прогрессированием процесса. При контрольном осмотре 67,5% больных живут 2 года.

Выводы: таким образом, из вышеизложенного следует, что хирургический метод остается ведущим в лечении больных раком желудка. Результаты лечения больных остаются хорошими у больных с I-II стадией процесса. Наш анализ показывает, что применение предоперационной регионарной химиотерапии с последующей радикальной операцией позволяет увеличить шанс без рецидивной выживаемости больных раком желудка

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Хикматов А.А, Каримов О.Х, Мукимов Ф.Х, Умарова Б.У.  
Национальный детский медицинский центр, г.Ташкент

### Актуальность

К сложным формам транспозиции магистральных сосудов (ТМС) относят случаи сочетания порока с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) с или без обструкции выводного тракта левого желудочка (ОВТЛЖ), а также случаи ТМС с изолированной ОВТЛЖ. До настоящего времени сложные формы порока относились к критерии неоперабельных. Развитие оперативной техники в корне изменило подход к хирургическому лечению большинства вариантов сложной формы ТМС. В связи с этим изменились и задачи, стоящие перед диагностикой порока. Кроме установления диагноза сложной формы ТМС необходимо точно локализовать ДМЖП, судить в его размерах и количестве. Не менее важным является изучение анатомии ОВТЛЖ, легочно-артериального дерева и коронарных артерий. Особенно важно диагностировать у таких пациентов и наличие сопутствующих редких аномалий развития сердца.

Цель - показать возможности трансторакальной двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ) в диагностике сложных форм ТМС.

### Методы

С 2021 по 2023 годы в Национальном детском медицинском центре обследовано 180 пациенты с различными формами ТМС. У 64 (35,5%) пациентов из них выявлены сложные формы порока (у 32 - ДМЖП, у 14 - ДМЖП в сочетании с ОВТЛЖ, у 11 - изолированная ОВТЛЖ, в 7 (10,9%) случаях сложная форма порока сочеталась с редкими врожденными аномалиями развития сердца). У всех пациентов наряду с эхокардиографией нами была выполнена и мультислайсная компьютерная диагностика (МСКТ) с оценкой морфо-функциональных особенностей сердца.

ЭхоКГ в стандартных проекциях позволила диагностировать во всех случаях тип ДМЖП: в 40,4% случаев ДМЖП был мышечного типа, в 34 % слечев – перимембранозного типа и в 10,6% - субартериальный и 14,9% - был выявлен множественные ДМЖП. Диагностированы также следующие типы ОВОЛЖ: клапанный стеноз легочной артерии; подклапанный фиброзно-мышечный туннель; подлегочная фиброзная мембрана; обструкция, обусловленная аномалией митрального и трикуспидального клапана.

### Результаты

При ЭхоКГ обнаружение тяжелых сопутствующих ТМС врожденных аномалий патологии аорты, аномалия атриовентрикулярных клапанов и аномальное отхождение коронарных артерий является неблагоприятным фактором, часто приводящий к осложнениям хирургического лечения. При этом, эхокардиографически визуализация коронарных артерий возможна в 90% случаев и позволяет оценить устья и проксимальные отделы главных коронарных артерий. Поэтому, при подозрении на аномалий патологии аорты и аномальное отхождение коронарных артерий у пациентов с ТМС для уточнения патологии аорты и коронарной модели показана МСКТ-ангиография.

Проведенные у 70 пацентов эхокардиографические, МСКТ-ангографические и интраоперационные сопоставления показали, что у подавляющего большинства 64 (

91,4%) больных диагноз основного порока и сопутствующих редких аномалий был послан правильно.

Значительный интерес представляют 64 (35,5%) наблюдений, где диагноз установлен правильно, однако не распознаны такие сопутствующие аномалии как: верхосидящий трикуспидальный клапан – 1 наблюдение; особая форма расщепления передней створки митрального клапана, не достигающая до фиброзного кольца – 2; гипоплазия правого желудочка – 3, обструкция выходного тракта правого желудочка, обусловленная гипертрофией мышечной выводной перегородки – 1; аномалия строения и прикрепления передней створки митрального клапана – 2.

Ретроспективный анализ эхокардиографических данных позволил диагностировать ОВТПЖ, а также митральную недостаточность у пациентов с расщеплением передней створки митрального клапана. МСКТ-ангиография позволяет качественно визуализировать анатомические структуры ТМС, однако ввиду статичности изображения не позволяет оценить потоковые характеристики на атриовентрикулярных клапанах либо давление в полостях сердца и магистральных сосудов.

**Выводы:**

Таким образом, МСКТ является основным методом точной топической диагностики сложных форм ТМС. Однако в распознавании таких редких аномалий развития сердца как патология атриовентрикулярных клапанов более информативным методом является ЭхоКГ, которая позволяет детализировать все клапанные и подклапанные структуры. Комплексный подход к дооперационной диагностике сложных форм ТМС позволяет уточнить анатомию не только основного порока, но и сопутствующих редких аномалий, которые играют важную роль в определении показаний к операции и выборе метода коррекции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКОЛОСУСТАВНЫХ И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

**Ходжанов И.Ю.1, Орипов А.А.2, Муминов А.Ш.2, Хакимов Ш.К.3,  
Жабборов Ж.Ю.2,**

**1.Республиканский специализированный научно практический медицинский  
центр Травматологии и ортопедии.**

**2.Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи.**

**3.Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.**

Актуальность. Околосуставные и внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости представляют собой сложные повреждения, которые в конце могут значительно ограничить функцию локтевого сустава. Хирургическое лечение показано в большинстве случаев с целью восстановления диапазона движений и функции верхней конечности. Контрактура локтевого сустава (ЛС) была хорошо известна со времен Гиппократов как осложнение, развивающееся после его повреждений. Внутрисуставные переломы костей, образующих локтевой сустав (ПКОЛС), составляют 15% - 20% среди всех внутрисуставных переломов. Из них переломы дистального отдела плечевой кости (ПДОПК) составляют 2% всех переломов и 30% переломов ЛС, среди них внутрисуставные переломы встречаются в 10,5-22,5% случаев и в 32-36,5% всех внутрисуставных переломов. Несмотря на

многообразии применяемых методик их лечения, имеет место высокий процент осложнений и неудовлетворительных исходов, в частности, контрактуры - 18-85%, стойкая инвалидность - до 30%, до 30 - 60% больных нуждаются в различных функционально-восстановительных операциях

Цель. Изучить клиническую эффективность метода двухэтапного лечения при околосуставных и внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости и изучить его осуществимость, безопасность, преимущества и недостатки.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 36 пациента с околосуставными и внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости (по классификации АО: 13 – С2 – С3).

Нами предложено двухэтапное лечение околосуставных и внутрисуставных переломов плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении больного экстренном порядке) проводится закрытая репозиция костных отломков для восстановления оси, длины сегмента конечности, устранения грубых смещений и стабилизация поврежденного сегмента с использованием аппарата Илизарова в рациональной компоновке. Далее, после соответствующей подготовки пациента, выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов. Пациенты разделены на две группы:

- у пациентов первой группы (группа сравнения, 22 случаев) осуществляли одномоментный открытый остеосинтез погружными фиксаторами в течение 2 – 12 суток после травмы.

- у больных второй группы (основная группа, 14 случаев) выполняли двухэтапное лечение переломов дистального отдела плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении больного в стационар) для репозиции костных фрагментов дистального отдела плечевой кости, последующего выполнения операционного доступа к дистальному отделу плечевой кости для его остеосинтеза и дальнейшей временной фиксации костей локтевого сустава применяли аппарат Илизарова. Далее, после соответствующей подготовки пациента, на 3 – 7 сутки после травмы, выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов. Все пациенты наблюдались спустя 6 недель, на 6 и 12 месяцы после операции с обязательным рентгенологическим контролем. Клинические результаты подверглись статистическому анализу. Были исследованы диапазон движений, оценка руки, плеча и кисти (шкала DASH), сроки сращения переломов и осложнения.

Результаты. Сращение переломов наблюдалось во всех случаях. У больных первой группы средние сроки консолидации перелома составили 24-25 недели, у больных второй группы – 21-22 недели. Среди осложнений наблюдали гетеротопическую оссификацию, сгибательно-разгибательную контрактуру, миграцию фиксаторов после окончательного остеосинтеза и стойкий дефицит проводимости локтевого нерва. Диапазон движений локтевого сустава при последнем контрольном наблюдении составил 75° в первой группе по сравнению с 96° во второй группе. Гетеротопическая оссификация наблюдалась в 2 случаях в первой группе пациентов. Инфекционных осложнений не отмечено.

Выводы. Посредством устройства для остеосинтеза переломов плечевой кости возможно осуществить лигаментотаксис в области перелома мышечка плечевой кости, реализовать транслокранонный доступ к мышечку плечевой кости, произвести временную фиксацию перелома и последующую разработку локтевого сустава. Предложенная методика не имеет практически значимых минусов и позволяет улучшить результаты лечения. К преимуществам можно отнести уменьшение времени

окончательной операции, снижение агрессивности воздействия на ткани сустава и их меньшую травматизацию.

## **РЕОСОРБИЛАКТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ГЕМОСТАЗ**

**Равшанова М.М., Ходжаева Н.А., Шарипова С.Х.**

**Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Инфузионная терапия (ИТ) является основополагающей для благоприятного исхода заболевания. Что же является основным для врача при выборе того или иного препарата.

Основные направления инфузионной терапии:

- волюмокоррекция- восстановление адекватного объёма циркулирующей крови (ОЦК) и нормализация её состава при гиповолемии.

- гемороекоррекция \_нормализация гомеостатических и реологических свойств крови.

- инфузионная регидратация - поддержание нормальной микро- и макроциркуляции ( в частности при клинически отчётливой дегидратации), нормализация электролитного и кислотно- основного равновесия. Новые перспективы гемоделиционной терапии наметились после создания оригинальных. Инфузионных препаратов на основе многоатомных спиртов, натрия лактата и электролитов, одним из которых является Реосорбилакт. Этот препарат с полифункциональным действием, обладая свойствами как кристаллоидов, так и коллоидов, нормализует несколько видов нарушений гомеостаза.

Цель исследования : анализ гемоделиционной способности препарата Реосорбилакт и его влияние на свёртывающую систему.

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов с ишемическим инсультом, изолированными пневмониями и операциями по поводу эндартэктомии внутренней сонной артерии. Подобная неоднородность исследуемых нами больных объясняется тем, что нас интересовал гемоделиционный эффект Реосорбилакта при различных токсических состояниях, вызванных инфекцией, гипоксией и гиперкапнией. Данные пациенты находились в отделении экстренной неврологии Бухарского филиала РНЦЭМП с мая месяца по июнь 2023 года. У всех больных производилась оценка влияния препарата Реосорбилакт на свёртывающую систему.Для суждения степени выраженности поражения у всех больных нами использовались экспрессная методика определения в крови и моче концентрации молекул средней массы, которые оказывают гемостатический эффект в результате их выраженного мембранотропного действия.

Выводы:

1. Реосарбилакт обладает выраженным дезинтоксикационным действием и может быть рекомендован как базовый препарат для снижения интоксикации при пневмониях и послеоперационном периоде после эндартэктомии ВСА.

2.При использовании Реосарбилакта быстро нормализовались показатели свертывающей системы крови, что свидетельствовало об улучшении реологии крови.

3.Учитывая полифункциональность Реосарбилакта, а именно наличие гемодинамического действия, выраженного дезинтоксикационного эффекта, улучшение микроциркуляции и реологии, корректирующее водно-солевой и кислотно-основной баланс, рекомендуется использовать его как универсальный раствор при инсультах.

## РОЛЬ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА

**Ходжихматова Р.Ю., Мирзаева М.М., Холматова Г.А., Салиева М.Х.**  
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Одним из основных критериев качества медицинской помощи для пациента является проявление милосердия со стороны медицинского персонала. Проявление милосердия в труде медицинской сестры многогранно и включают в себя: умение проявить деликатность, вовремя сказать доброе слово; умение откликнуться на просьбу пациента; уважать чувства верующих. Огромное значение имеет умение общаться медперсонала с пациентами, умение психологически подготовить пациента к предстоящей процедуре или манипуляции, объяснить для чего это проводится и какую пользу принесёт здоровью пациента.

Материал и методы исследования. При изучении удовлетворенности пациентов качеством труда медицинского персонала стационара использована разработанная нами специальная анкета, включающая 25 вопросов, касающихся как профессиональных, так и личностных качеств. В анонимном анкетировании приняли участие 30 пациентов, обслуживаемых в стационарных медицинских учреждениях города.

Результаты исследования. Не последнюю роль во взаимоотношениях медсестер и пациентов играют личностные характеристики медсестер. По мнению пациентов, «хорошая» медсестра должна обладать такими качествами, как внимательность (53,3%), исполнительность (26,7%) и отзывчивость (20%). На вопрос: «Доверяете ли Вы вашей медсестре?» наибольшее число опрошенных ответили утвердительно и назвали отношение медсестер к пациентам дружелюбным (73,3%).

Качество работы среднего медперсонала первичного звена в значительной степени зависит от профессионального мастерства медсестер, их дисциплинированности и добросовестности. 16,7% опрошенных профессионализм медсестер оценили как очень высокий, как хороший - 30%, как удовлетворительный – 36,7%, как неудовлетворительный – 16,6%. 50% палатных медсестёр, при оказании медицинской помощи, по мнению больных, ведут себя свободно, без волнений, 40% - волнуются и малоразговорчивы, а 10% - делают процедуры с безразличием.

При выяснении отношений среднего медперсонала к пациентам отмечено следующее: 33,3% медсестёр относятся с человечностью и ответственностью, 30% - скрывают свои эмоции, 20% - с гневом и грубостью проводят манипуляции, 16,7% - без внимания со спокойствием.

Пациенты провели оценку отношения к назначениям врача медсестёр и в результате получены следующие данные: больше половины среднего медперсонала (53,3%) выполняют беспрекословно все назначения врача; 20% - спокойно, без особых пререканий; 16,7% - грубо, не сдвигаясь с места и 10% - с большим вниманием и уважением. 60% пациентов ожидает своевременности выполнения процедур средним медперсоналом. 66,6% медсестёр воспринимают критику со стороны пациентов спокойно, внимательно, с учётом и исправлением ошибок; 30,1% - проявляют гнев и грубость, а 3,3% - не придают значения.

На вопрос: «Что препятствует хорошей работе медсестры?» - 50% пациентов ответили, что препятствует большая нагрузка, 26,6% - несоответствующая характеру работы зарплата; 10% – большая нагрузка и несоответствующая характеру работы зарплата, 6,7% - личные качества, 6,7% - затруднились ответить.

Выводы. Вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии имеют важное значение и сегодня. Медицинский персонал амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений должен неукоснительно соблюдать эти нормы поведения.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Холиков И.Б., Ташкенбаева Э.Н.**

**Самаркандский государственный медицинский университет.**

Введение. Ранее считалось, что сокращение правого желудочка (ПЖ) не играет роли в поддержании кровообращения. Однако осознание глубоких гемодинамических последствий систолической дисфункции ПЖ стало очевидным после анализа тяжелых случаев инфаркта правого желудочка. Несмотря на то, что проксимальная окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) обычно рассматривается как главная причина развития инфаркта правого желудочка (ПЖ), у некоторых пациентов с такой окклюзией наблюдается минимальная ишемическая дисфункция ПЖ или ее полное отсутствие. Кроме того, у тех, у кого происходит ишемическое поражение ПЖ, тяжесть дисфункции ПЖ может варьироваться от легких нарушений сократительной функции до глубокой и обширной депрессии насосной активности ПЖ.

Цель исследования. Изучить факторов, способствующих на развитие дисфункции правого желудочка у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и нарушением сократительной функции левого желудочка.

Материал и методы. 144 пациента, страдающие от предыдущего инфаркта миокарда различной локализации и имеющие сниженную фракцию выброса левого желудочка, были включены в исследование. Участники были разделены на две группы: первая группа (n=42) с поражением правого желудочка, а вторая группа (n=102) без его вовлечения в патологический процесс. Всем пациентам проведена ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ, оценка тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН), анализ на натрийуретический пептид. Всем пациентам проводилась стандартная медикаментозная терапия.

Результаты. Согласно по данным проведенного обследования, частота систолической дисфункции правого желудочка среди пациентов с перенесенным инфарктом миокарда составила 29,2%. Пациенты с дисфункцией правого желудочка были более склонны к более высоким (III–IV) функциональным классам хронической сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (66,7% против 19,6%,  $p < 0,001$ ). Дилатация правого желудочка была чаще выявлена в первой группе (71% против 27%,  $p < 0,005$ ). При проведении эхокардиографии у пациентов с дисфункцией правого желудочка наблюдались более высокие значения: конечно-диастолический объем левого желудочка ( $195,0 \pm 31,1$  против  $118,67 \pm 24,68$  мл,  $p < 0,005$ ), систолическое давление в легочной артерии ( $31,76 \pm 12,7$  против  $22,33 \pm 5,4$  мм рт. ст.,  $p < 0,005$ ), а также чаще отмечалось снижение сократительной функции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка  $43,58 \pm 4,93\%$  против  $53,87 \pm 6,29\%$ ,  $p < 0,001$ ). Результаты корреляционного анализа показали связь дисфункции правого желудочка с функциональным состоянием левого желудочка.

Заключение. Таким образом, установлено, что снижение сократительной функции правого желудочка наблюдается у 29,2% пациентов с ишемической болезнью сердца, которые перенесли инфаркт миокарда. Эта дисфункция ПЖ была

ассоциирована с уменьшением фракции выброса левого желудочка, повышением давления в легочной артерии (СДЛА) и ухудшением функционального класса сердечной недостаточности.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛИОБЛАСТОМ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

**Холиков Н.Х., Султанов А.М., Эгамбердиев Р.Х., Ахмедов С.С., Алтыбаев У.У.,  
Кадырбеков Р.Т..**

**Республиканский Специализированный Научный Практический Медицинский  
Центр Нейрохирургии. Ташкент, Узбекистан.**

Глиобластома является очень агрессивной опухолью, и прогноз, как правило, неблагоприятный. Даже при тотальном удалении опухоли, глиобластома имеет тенденцию рецидивировать, а средняя продолжительность жизни после постановки диагноза обычно составляет менее двух лет. Эпилептический синдром является наиболее частым клиническим проявлением глиобластом больших полушарий головного мозга, и изучение эпилептического синдрома имеет большое значение.

**Цель исследования:** Целью настоящего исследования является изучить особенности клинического течения и особенности лечения эпилептического синдрома при опухолях головного мозга.

**Материалы и методы:** Проведен анализ 112 больных, пролеченных с диагнозом глиобластома больших полушарий головного мозга, находившихся на лечение в течении 2017-2023 гг. Диагноз выставлялся на основании клиника – инструментальная исследования (МРТ/МСКТ головного мозга и ЭЭГ). Оценивали эпилептический синдром, тип, частоту встречаемости у больных, изменение картины эпилепсии после операции, и эффект от противосудорожных препаратов.

**Результаты:** У 68 из 112 пролеченных больных в предоперационном периоде имелся эпилептический синдром различного типа. В клинике эпилепсии наиболее часто встречались тонико-клонические судороги без ауры (68%), судороги Джексоновского типа (16%) и височная эпилепсия (6%). У всех больных на ЭЭГ выявлено изменение биоэлектрической активности головного мозга, в виде эпилептической активности (32%), и медленноволновой активности (24%). Больным проводилась противосудорожная терапия с последующим оперативным лечением: краниотомия с удалением глиобластом большого полушария головного мозга. В послеоперационном периоде судорожный синдром удалось значительно контролировать, однако только у 2 пациентов (3%) после операции наблюдались генерализованные судороги.

**Выводы.** Одним из наиболее частых симптомов при глиобластомах больших полушарий головного мозга является судорожный синдром, который проявляется преимущественно тоническими клоническими судорогами без ауры. Судорожный синдром можно контролировать с помощью хирургического вмешательства и противосудорожных таблеток.

## КОМПЬЮТЕРНОЕ УТОМЛЕНИЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Холматова Г.А., Салиева М.Х., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.  
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Практически нерегламентированное использование возможностей компьютерной техники рождает новые и достаточно непростые проблемы, связанные с безопасным для здоровья детей ее использованием. В этой ситуации речь идет, прежде всего, о накоплении зрительного и общего утомления, увеличении статических нагрузок и, как следствие, еще более выраженной гипокинезии обучающихся.

Материал и методы исследования. Длительные зрительные нагрузки опасны для обучающихся, что вызывают напряжение цилиарной мышцы глаза, которая, сокращая и растягивая хрусталик, «отвечает» за четкость изображения на сетчатке глаза. Ослабление этой мышцы приводит к развитию близорукости или миопии.

Результаты и их обсуждение. Это патология зрения, при которой глаз хорошо различает предметы, расположенные на близком расстоянии, и плохо предметы, удаленные от него. Миопия, по свидетельству офтальмологов, наиболее частый дефект зрения, а ее осложнения - одна из главных причин инвалидности вследствие заболевания глаз у лиц молодого возраста. За последние десятилетия миопия заметно помолодела, появились новые факторы риска развития этой патологии.

Причин быстрому росту близорукости у детей немало: наследственность, малоподвижный образ жизни, неполноценное питание и другое. Однако ведущей причиной являются большие зрительные нагрузки и условия, при которых выполняется зрительная работа. Учебные занятия и в «докомпьютерную эру» способствовали снижению зрения. Недаром близорукость числится одной из главных среди «школьных» болезней. Приобщение детей к занятиям за компьютером наряду с несомненными достоинствами и богатыми познавательными возможностями врачами рассматривается как серьезный фактор риска нарушения их здоровья.

По мере увеличения школьного стажа растет число детей, у которых особенно в выходные и каникулярные дни непрерывная продолжительность занятий за компьютером превышает 2 часа. Согласно данным исследований, количество детей-пользователей Интернета к окончанию начальной школы достигает 80%. Столь интенсивный характер практически повседневного использования компьютеров без соблюдения безопасных регламентов его продолжительности сопровождается проявлениями утомительного воздействия для пользователей компьютера. Более половины младших школьников указывают на утомительность для них занятий за компьютером. Подавляющее большинство опрошенных (более 83%) описывают жалобы, характерные для так называемого «компьютерного синдрома»: усталость глаз, боли в области глаз, ощущение мельканий, песка в глазах, слезотечение и др. Значительная часть детей указывает на усталость спины, головные боли и чувство тяжести в голове; в качестве дискомфортных состояний дети указывали - сонливость, боли в руках, чувство голода. Нарушения сна после компьютерных занятий в вечерние часы отметили у себя более 16% детей.

Выводы. Однако активизация познавательной деятельности обучающего, которая необходима для формирования оптимального тонуса центральной нервной системы и успешной учебной деятельности, не должна переходить в другую крайность - интенсификацию деятельности, приводящей к переутомлению. И важным инструментом в профилактике этих негативных последствий должна быть

регламентация использования компьютерной техники в учебных и досуговых занятиях детей и подростков.

## **ИНТЕРАКТИВНЫЙ ПОДХОД – ИСТОЧНИК АКТИВИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ**

**Холматова Г.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Р.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Переориентация цели высшего медицинского образования повлекла за собой изменение стратегии образовательной деятельности и сейчас на смену стратегии обучения приходит стратегия развития. Сущность интерактивного обучения в современном медицинском образовании — это обучение «у постели больного», интегрированное с инновационными областями смежных наук. Требования к профессиональной подготовке и личностным качествам врача и провизора постоянно повышаются, и чтобы им соответствовать инновационное развивающее обучение учитывает ряд существенных организационно-методических аспектов.

Материал и методы исследования. В процессе профессионального обучения студенты должны приобретать компетентностный опыт, а для этого педагогу необходимо опираться на имеющийся у студентов опыт и уровень развития.

Результаты исследования. Преподавателям медицинского вуза необходимо мотивировать студентов, поскольку развивающее обучение возможно только при самостоятельных усилиях обучающихся, то возникает необходимость одновременного обучения студентов методам, техникам, навыкам самообразования.

Инновационная образовательная стратегия развития подразумевает и изменение ролевых позиций преподавателя и студентов. Соответственно педагоги сотрудничества преподаватель остаётся ведущим, но сознательно отказывается от традиционной информативно-контролирующей функции в учебном взаимодействии, а обеспечивает активизацию познавательного интереса и устремлений студентов за счёт организации эффективной учебной деятельности для каждого студента.

В качестве способов активизации обучения исследователи выделяют: - проблемность, взаимообучение, исследование, индивидуализацию и самообучение, механизм самоконтроля и саморегулирования; создание условий для новых и более высоких форм мотивации, к которым относят стремление к самоактуализации своей личности, или мотив роста по А. Маслоу: овладение студентами современными эффективными средствами для реализации своих установок на активное освоение новых видов деятельности, знаний и умений; интенсификацию умственной работы учащегося как за счет более рационального использования времени учебного занятия, так и за счёт более эффективного общения студента с преподавателем, обучающихся между собой. К показателям качества образования относится качество ресурсов: информационно-образовательной среды; учебно-методического обеспечения; академической поддержки; библиотечного фонда; материально-технической базы, безопасности пребывания в вузе; качество образовательных программ: качество образовательных траекторий; качество мониторинга; возможность выбора траекторий, ППС, дисциплин; направленность на профессиональные стандарты; качество процесса: управления образовательным процессом; преподавание; методики и технологии обучения; измерения и оценки компетенций.

Выводы. Существенным условием реализации основных образовательных программ подготовки специалиста становится широкое использование в образовательном процессе высшей медицинской школы активных и интерактивных

форм проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных компетенций обучающихся.

Основными характеристиками выпускника медицинского вуза становятся его компетентность и мобильность, что обуславливает смещение акцента при изучении учебных дисциплин на собственно процесс познания, эффективность которого полностью зависит от познавательной активности самого студента.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Хотамов И.Э.

Навоинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: изучение эндотелиальной системы лёгких при абдоминальном сепсисе.

Материал и методы. Исследования проводились на лабораторных беспородистых крысах в разработанной нами модели абдоминального сепсиса. Эксперименты были проведены на 106 белых беспородистых лабораторных крысах весом 200-250 грамм, обоего пола, находившиеся на обычном лабораторном рационе.

Воспроизведение экспериментальной модели абдоминального сепсиса проводилась поэтапно, путем изменения реактивности животных и создание гнойно-некротического очага в брюшной полости.

Забор крови в экспериментальных исследованиях проводили отдельно на входе и на выходе из легких. При этом кровь на входе в легкие является смешанная венозная крови, которая поступала из нижней и верхней полой вены. На выходе из легких мы получали артериальную кровь, которая была универсальна для всего организма в целом. Данная методика была разработана и отработана группой исследователей Ташкентской медицинской академии. Каждая величина, полученная в разных пробах крови, так же подвергалась подсчету венозно-артериальной разницы, то есть величины, отражающей «задержку» или «выработку» субстрата в эндотелиальной системе легких.

Весь комплекс исследований больных с абдоминальным сепсисом сводился в непрерывном мониторинге состояния гомеостаза и функциональной активности жизненно-важных органов. Для этого проводились функциональные, инструментальные и лабораторные методы исследования. Активно использовались так же интегральные рейтинговые методы диагностики, такие как APACHE II, SAPS, SOFA.

Из показателей эндотелиальной системы исследовали уровень С-реактивного белка (мг/л), тромбомодулина (нг/мл), фактора Виллебранда (IU/dL), молекул межклеточной и клеточной адгезии (нг/мл) при помощи иммуноферментного анализатора; нитриты и нитраты (%), пероксинитрит (мкмоль/л), активность синтазы оксид азота (мкмоль/мин/л) по методу Грисса в модификации А.П. Солодко и соавт. на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 520 нм.

Весь комплекс исследований соответствовал критериям трансляционной медицины, при которой использовался весь комплекс исследований, который позволял экстраполировать результаты экспериментальных исследований в клиническую практику.

Результаты исследования. Молекулярно-биохимические показатели эндотелиальной системы легких при экспериментальном моделировании абдоминального сепсиса, показали не однозначную картину происходящих изменений,

которые носили фазовый характер и зависели от сроков развития патологического процесс.

**Выводы.**

Прирост пероксинитрита в различных пробах крови в зависимости от сроков развития экспериментальной модели абдоминального сепсиса, который характеризовался переходом из состояния преходящих явлений в стабильно прогрессирующие, свидетельствуя об истощении компенсаторных возможностей самой эндотелиальной системы легких.

Продуктивность vWF в эндотелиальной системе крови на выходе из легких свидетельствовали об активных структурных и функциональных нарушениях уже в сосудах малого круга.

Основной характер эндотелиальной системы легких на первом этапе сводился к блокированию потока патологических субстратов в системный артериальный кровоток, а на втором этапе развития экспериментальной модели абдоминального сепсиса – легкие перестают создавать барьер на пути генерализации воспалительного процесса, открывая путь для развития полиорганной дисфункции

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.**

**Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Турсунов К.К., Ботиров Н.Т.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

На сегодняшний день малоинвазивные методы хирургического лечения межпозвонковых грыж нашли широкое применение. При этом «золотым стандартом» является микрохирургическая дискэктомия и эндоскопическая микродискэктомия.

**Цель:** провести анализ результатов лечения межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника путем микрохирургической и эндоскопической дискэктомии

**Материал и методы:** за период 2020-2022 гг. в клинике “Чинобод Файз Плюс” (Андижан, Узбекистан) пролечены 84 больных. У 44 больных (средний возраст  $42,4 \pm 1,8$  год) проведена микрохирургическая дискэктомия, у 40 больных (средний возраст  $39,5 \pm 1,7$  год) эндоскопическая дискэктомия по методике TESSYS (outside-in). Эффективность лечения оценивали по шкале исходов хирургического лечения MacNab.

**Результаты:** В группе больных у которых проведена микрохирургическая дискэктомия, хорошие и отличные результаты, то есть полный регресс симптоматики и полный регресс умеренных болей при выписки из учреждения, наблюдались у 41 (93,2%) больных. У 38 (95%) больных которым проведена эндоскопическая дискэктомия по методике TESSYS (outside-in) также отмечались хорошие и отличные результаты.

**Выводы:** Эндоскопическая дискэктомия по методике TESSYS (outside-in) при лечении межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника является методом выбора и по своей эффективности не уступает микрохирургической дискэктомии.

## ЛИМФОТРОПНАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ.

Худайбердиев К.Т, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б,  
Мамадалиев А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность: Черепно-мозговые травмы занимают ведущее место среди других видов механических повреждений. Повреждения черепа и головного мозга преобладают среди лиц в возрасте 20-49 лет, т. е. у наиболее активной категории населения.

В большинстве случаев травма головы сочетается с повреждениями других частей тела, отличается тяжелым клиническим течением и высокой смертностью, особенно в первые часы и в первые сутки после травмы. Большая частота и высокая смертность при повреждениях головы в сочетании с поражением активной категории населения подчеркивает социально-медицинскую значимость черепно-мозговых травм.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с черепно-мозговой травмой путем применения лимфотропной дегидратации.

Материал и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2020 гг. находились 80 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. Больные в возрасте от 18 года до 60 лет. Наибольшее количество больных в возрасте от 20 до 45 лет – 51 больной (63,7%). При распределении по полу мужчин – 60 (75,0%) больных, женщин – 20 (25,0%) больных. При распределении по механизму травмы – автодорожная травма – 38 (47,5%) больных, падение с высоты - 26 (32,5 %) больных, травма в результате побоев – 16 (20,0 %) больных.

Сочетание черепно-мозговой травмы с повреждениями других органов и систем было отмечено у 9 (11,2 %) больных – повреждения грудной клетки и органов грудной полости (легких) – 1 (1,2 %) больной, повреждения органов брюшной полости – 3 (3,7 %) больных, переломы костей нижних конечностей – 5 (6,2 %) больных.

Неврологическое состояние больных оценивалась по шкале Глазго – от 9 до 3 баллов. У части больных с момента поступления отмечалась анизокория – 34 (42,5 %) больных. Положительными были симптомы Бабинского, Кернига, Россолимо.

При рентгенологическом исследовании из 80 больных у 51 (63,7 %) больных были отмечены повреждения черепа – у 47 (58,7 %) больных на рентгенограммах были выявлены линейные переломы и у 4 (5,0 %) больных вдавленные переломы костей свода черепа. У 17 (21,2 %) больных черепно-мозговая травма носила открытый характер – с истечением ликвора из наружного слухового прохода (отоликворея), из носовых ходов (риноликворея).

Учитывая возможность транспортабельности больных в 21 (26,2 %) случае проведено МРТ исследование – у 16 (20,0%) больных были выявлены посттравматические объемные образования – у 11 больных эпи- и субдуральные гематомы и у 5 больных гидромы. В остальных 5 случаях на МРТ были отмечены явления ушиба головного мозга.

Лечение больных проводилось под наблюдением нейрохирургов в отделении нейрореанимации, наряду с традиционными методами применялась лимфотропная дегидратация с целью эффективного снижения внутричерепного давления.

При подозрении на сдавление головного мозга у 27 больных проведено оперативное лечение – экстренная декомпрессивная трепанация черепа с ревизией эпи- и субдурального пространств головного мозга. В 25 случаях были обнаружены гематомы (у 4 больных была обнаружена внутримозговая гематома) и гидромы полушарий головного мозга, которые были удалены. И в 2 случаях отмечены явления тяжелого ушиба вещества головного мозга. Остальным 53 больным проводилась консервативная медикаментозная терапия.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного комплексного медикаментозного лечения 63 больных были выведены из тяжелого состояния и для продолжения дальнейшего лечения переведены в неврологические стационары планового типа. Отмечено высокая эффективность применения лимфотропной дегидратации. Летальность в наших наблюдениях составило 21,5 % - 17 случаев, из них в первые сутки после травмы умерло 11 больных, и в последующие 3-7 суток 6 больных.

Выводы: Больные с тяжелыми черепно-мозговыми травмами должны лечиться в специализированных нейрохирургических отделениях.

Всем больным необходимо проведение комплекса диагностических методов обследования с использованием КТ и МРТ исследования.

Применение лимфотропной дегидратации является эффективным методом профилактики и лечения отека головного мозга.

При выявлении признаков наличия травматических объемных образований (внутричерепные гематомы, гидромы) необходимо проведение ранних оперативных методов лечения (удаление вдавленных костных отломков, гематом и гидром).

Проведение ранних оперативных вмешательств способствуют улучшению состояния больных и результатов проводимого лечения.

## **ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.**

**Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Турсунов К.К., Ботиров Н.Т., Хакимов М.Н.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность. Магнитно-резонансная томография является новым высокоинформативным методом исследования позвоночника и спинного мозга. Достоинствами МРТ являются неинвазивность, широкое поле изображения, возможность получения срезов любой ориентации, визуализация содержимого дурального мешка, корешковых каналов и околопозвоночной зоны. Общеизвестна эффективность МРТ в диагностике дегенеративных заболеваний позвоночника. К наиболее ранним дегенеративным изменениям межпозвоночных дисков (МД) относятся: снижение МРТ сигнала МД, потеря дифференциации между пульпозным ядром и фиброзным кольцом на T1w и T2w, дегидратация диска. МРТ дает возможность дифференцировать протрузию и пролабирование диска, определить наличие разрыва фиброзного кольца, определить состояние продольных и других связок.

Материал и методы. Исследование проводили на МР-томографе Vectra (GE) с напряженностью магнитного поля 0,5 Т и на КТ Sytec 3000 (GE). Было обследовано 1217 больных с дегенеративными изменениями поясничного отдела позвоночника. МРТ спинного мозга и позвоночника выполнена у всех пациентов, 112 больным проведена МРТ и КТ, 10 больным — миелография. МРТ проводили с использованием

специальных поверхностных адаптированных катушек. Методика исследования включала получение T1 и T2-взвешенных изображений (T1w и T2w) и протон-взвешенных (PD) изображений с использованием спин-эхо (SE) и градиент-эхо (GRE) последовательностей. В некоторых случаях применялись специальные контрастные препараты (магневист, омнискан).

Результаты и обсуждение.

В 95% случаев у обследуемой группы людей мы находили дегенеративно измененный диск. Пролабирование МД выявлено у 445 человек. В 68% случаев грыжа МД сочеталась с другими дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника на этом уровне. Чаще всего грыжа МД определялась на уровне L4-5 в 83%, на уровне L5-S1 в 15%, L3-4 в 2%. У 50 больных было поражение нескольких дисков. Прооперировано было 196 больных, у которых боковые грыжи определялись у 114 человек, срединно-боковые у 76, срединные у 6 человек. 5 человек были оперированы по поводу рецидивов грыжи. Экстралигаментарные секвестрированные грыжи диагностированы у 38 человек, интрадуральные у 3. Множественные секвестры были у 5 человек.

Клиническая симптоматика при пролабировании МД была вариабельной и не всегда зависела от их величины. В некоторых случаях мы наблюдали медианные протрузии, которые не вызывали никаких клинических проявлений. Клиническая симптоматика при маленьких секвестрированных грыжах была ничуть не меньше, чем при больших секвестрах. При оценке МРТ данных следует уделять внимание не только размеру грыжи, но и величине резервных пространств спинно-мозгового канала и их соотношениям.

Для решения вопроса о наличии рецидива грыжи у оперированных больных и дифференциации ее с рубцовым изменением мы использовали магневист, обычно рубцовые изменения после введения магневиста давали усиление сигнала на T1w изображении.

Мы наблюдали ряд больных, которые давали клиническую симптоматику, схожую с грыжей МД, однако признаков выпадения дисков у них не было выявлено. Был диагностирован узкий спинно-мозговой канал (у 90 человек). Спинно-мозговой канал был сужен в сагиттальном направлении. При врожденном спинальном стенозе даже гипертрофия связок, небольшие выпадения и остеофиты вызывали тяжелые страдания. К стенозу спинно-мозгового канала и межпозвонковых отверстий и каналов привели:

- костный стеноз в 80% ( гипертрофия суставных фасеток, остеофиты замыкательных пластинок, гипертрофия малых межпозвонковых суставов);
- изменения связочного аппарата в 20%.

При распространениях 2-сторонних спондилоартрозов межпозвонковых суставов мы наблюдали форму спинно-мозгового канала в виде "листа клевера". Изолированные стенозы боковых карманов и стенозы межпозвонковых отверстий наблюдали при гипертрофии фасеток. Размер карманов меньше 4 мм представляет собой относительный стеноз, меньше 2 мм - абсолютный стеноз.

Остеофиты имеют различную интенсивность МРТ-сигнала, в зависимости от содержания костного мозга. Они могут быть бедны сигналом на всех изображениях или на T1w давать высокий сигнал, а на T2w - сигнал средней интенсивности. В первом случае дифдиагностика остеофитов с тканью диска, имеющей низкий сигнал, затруднена. В 2-х случаях при обычных исследованиях такие остеофиты были приняты за грыжи дисков и больные с узким спинно-мозговым каналом были оперированы. Применение T2 GRE последовательности могло помочь в дифференциации остеофита

и ткани диска. На данных изображениях компактные остеофиты дают более низкий сигнал, чем ткань диска. GRE-последовательности предпочтительнее для выявления костного стеноза, однако менее информативны в трактовке интрамедуллярного процесса

**Выводы:**

MPT дает возможность дифференцировать протрузию и пролабирование более отчетливо, чем другие методики; выявляет наиболее ранние признаки дегенеративных изменений МД и тел позвонков.

Методика MPT-исследования зависит от области исследования и от поставленной цели. Исследование следует начинать с использования программ с длинным TR в SE- последовательности в сагиттальной плоскости, затем проводят исследования области патологических изменений в аксиальной проекции в SE или GRE-последовательности в зависимости от ситуации. Начинающиеся формы дегенеративных изменений лучше видны на SE. GRE-последовательность следует применять для дифференциальной диагностики остеофитов, венозных сплетений и секвестров.

В некоторых случаях для дифференциации рецидивов грыжи и рубцовых изменений, секвестрированной грыжи и опухоли необходимо применение контрастных веществ.

КТ более рационально использовать при диагностике костного стеноза, для выявления остеофитов, деформирующего остеоартроза, обызвествлений и окостенений.

## **ДИСКОГЕННАЯ ШЕЙНАЯ МИЕЛОПАТИЯ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

**Худойбердиев К.Т, Исаков Б.М, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.  
Андижанский Государственный медицинский институт,  
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи.**

**Актуальность.** Развитие дискогенной шейной миелопатии является одним из осложнений дегенеративных заболеваний позвоночника. Данная патология характеризуется высокими показателями инвалидности больных – до 85-90% случаев. Улучшение функциональных результатов лечения, уменьшение количества осложнений и повышение качества жизни больных с дегенеративными заболеваниями шейного отдела позвоночника возможны за счет проведения ранних оперативных вмешательств и комплексного послеоперационного лечения.

**Цель работы:** Улучшение результатов хирургического лечения дискогенной шейной миелопатии.

**Материалы и методы:** Проведено обследование и хирургическое лечение 25 больных с дискогенной шейной миелопатией. Среди обследованных больных мужчин было 21 (84,0 %) больной и женщин 4 (16,0 %) больных. Возраст больных от 35 до 60 лет. Уровень локализации патологического процесса у 3 (12,0 %) на уровне СIII-СIV, на уровне CIV-CV у 15 (60,0 %) и на уровне CV-CVI позвонков у 7 (28,0 %) больных. Хирургическое вмешательство выполнялось из переднебокового доступа. Передняя шейная декомпрессия и спондилодез углеродным имплантатом выполнена 18 (72,0 %) больным, передняя декомпрессия с корпорэктомией и фиксацией металлическими пластинами у 7 (28,0 %) больным.

Результаты и обсуждение: Для оценки тяжести клинических проявлений и степени восстановления неврологического дефицита использовалась шкала Японской Ортопедической Ассоциации. Шкала характеризует тяжесть клинических проявлений шейной миелопатии и дает возможность определения индекса восстановления в процентном отношении. По результатам проведенных оперативных вмешательств хорошие результаты получены у 16 (64,0 %) больных, удовлетворительные у 7 (28,0 %) больных, неудовлетворительные у 2 (8,0 %) больных.

Выводы: Таким образом, адекватная декомпрессия элементов спинного мозга, надежная стабилизация позвоночника дают хорошие клинические результаты.

## **К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.**

**Худойбердиев К.Т, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамадалиев А.Б,  
Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.**

**Андижанский Государственный медицинский институт,  
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи.**

Актуальность. По данным многих авторов ПСМТ встречается от 4 – 6% до 20% случаев среди всех травм ОДА. Тяжесть ПСМТ характеризуется степенью повреждения как позвоночника, так и спинного мозга. Необходимо отметить, что ПСМТ по своей частоте наиболее часто встречается у лиц молодого, работоспособного возраста – от 25 до 45 лет. В связи с этим, лечение повреждений позвоночника и спинного мозга в настоящее время является одной из актуальных проблем современной спинальной хирургии. Статистические данные показывают, что при тяжёлом повреждении спинного мозга инвалидизация пациентов происходит в 87,4% случаях, а летальность, по разным данным, составляет от 21,6 до 80%.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с травмами шейного отдела позвоночника.

Материал и методы: За период с 2015 по 2022 год в отделении нейрохирургии Андижанского филиала РНЦЭМП прооперировано 65 больных с различными видами травм шейного отдела позвоночника. Мужчин было 57 (87,7 %) и женщин 8 (12,3 %) больных. Возраст больных от 20 до 56 лет. По уровню повреждения: СII – 2 (3,1 %) больных, CIV – CV – 49 (75,4 %) больных и CVI – 14 (21,5 %) больных.

При повреждении на уровне СII позвонка иммобилизация проведена с применением HALO аппарата у 2-х (3,1 %) больных. Передняя дискэктомия с межтеловым спондилодезом выполнена у 56 (86,1 %) больных. Метод передней корпорэктомии со стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника пластинами использовался в 7 (10,1 %) случаях.

Результаты и обсуждение: Для оценки тяжести клинических проявлений и степени восстановления неврологического дефицита использовалась шкала Японской Ортопедической Ассоциации. В наших наблюдениях по результатам проведенных оперативных вмешательств хорошие результаты получены у 46 (70,7 %) больных, удовлетворительные у 17 (27,5 %) больных, неудовлетворительные у 2 (3,8 %) больных.

Выводы: Таким образом, раннее проведение оперативных вмешательств и адекватная декомпрессия элементов спинного мозга, надежная стабилизация поврежденного сегмента позвоночника дают хорошие клинические результаты.

## ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э., Мустафакулов И.Б., Нормаматов Б.П.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Актуальность. Сочетание двух тяжелых осложнений, кровотечения и перфорации, является одним из наиболее опасных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки. По сведениям ряда авторов, такое сочетание встречается в 2,3-9,5% по отношению ко всем перфоративным язвам (А.М. Хаджибаев с соавт., 2000; Н.А. Ефименко с соавт., 2001). Летальность при данном сочетании отмечена как одна из самых высоких среди всех неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости и составляет, по сборной статистике 50,4% среди оперированных больных (А.И. Горбашко, 1980). Столь неблагоприятные результаты лечения связаны с трудностями диагностики и неоднозначным подходом хирургов к лечебной тактике, выбору способа и объема оперативного вмешательства.

Желудочно-кишечное кровотечение после операций по поводу прободных гастродуоденальных язв отмечается в 5,1% (Г.И. Синенченко с соавт., 2007), тем не менее лечебная тактика до сих пор не ясна.

Материалы и методы. В настоящей работе отражен опыт лечения 21 таких больных, что составило 4,9% от всех пациентов с прободными гастродуоденальными язвами.

Характерной особенностью больных прободными гастродуоденальными язвами, сочетающимися с желудочно-кишечным кровотечением, является клиническая картина сочетания осложнений, при которой симптомы одною из них нередко преобладают настолько, что распознавание второго бывает весьма затруднительным, или признаки одного из осложнений не успевают развиться и не диагностируются вовсе. У некоторых больных симптомы перитонита сглаживаются в связи с попаданием крови в свободную брюшную полость, а признаки желудочно-кишечного кровотечения не выявляются, что приводит к установлению диагнозов, не связанных с хронической язвой и ее осложнениями. В связи с этим оперативные вмешательства, как правило, выполняются с опозданием, не по показаниям, или больных вообще не оперируют, а иногда сочетание прободения с кровотечением устанавливают лишь во время патологоанатомического вскрытия (у 1 больного).

Среди наших пациентов нами были выделены следующие варианты наступления перфорации и возникновения кровотечения:

- перфорация, наступившая после самостоятельной остановки язвенного кровотечения (анамнестическое кровотечение) (у 11 больных),
- перфорация, возникшая на фоне продолжающегося кровотечения (у 5);
- одновременное возникновение обоих осложнений (у 3);
- кровотечение, возникшее после прободения (у 2).

Перфоративные гастродуоденальные язвы, сочетающиеся с желудочно-кишечным кровотечением, являются абсолютным показанием для оперативного вмешательства.

По нашим данным, выбор способа операции зависит в большинстве случаев от распространенности и фазы перитонита, тяжести кровопотери, возраста и тяжести сопутствующей патологии, а также от локализации прободной и кровоточащей язв.

Тактика лечения и объем оказываемой помощи приведены по стандарту лечения Самаркандского филиала РНЦЭМП:

срочное оперативное вмешательство;

анальгетики;

инфузионно-трансфузионная терапия.

Эндоскопическое лечение:

диатермокоагуляция источника кровотечения;

прицельное орошение источника кровотечения гемостатическими средствами (ЕАКК 5%-100мл);

инъекция в области очага кровотечения спирта 96%-2,0 мл;

апликация аэрозольных пленкообразующих препаратов (лифузол) на кровоточащий участок;

криовоздействие на источник кровотечения;

использование лазерной коагуляции.

Оперативное лечение: объем оперативного вмешательства определяется состоянием больного, тяжестью ЖКК, сопутствующими заболеваниями, анатомической локализацией и характером язвы.

Заключение. На основании вышеизложенного можно сделать заключение, что хирургическая тактика у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, сочетающимися желудочно-кишечным кровотечением, должна строиться на комплексной диагностике этих осложнений, следствием которой должно быть наиболее быстрое установление показаний к оперативному вмешательству или проведению консервативной гемостатической терапии. Выбор способа операции должен быть индивидуальным в зависимости от расположения язвы и тяжести общего состояния больного, при этом предпочтение, по нашему мнению, должно отдаваться органосохраняющим вмешательствам. У больных с желудочно-кишечным кровотечением в ближайшем периоде после операций по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки выбор способа дальнейшего лечения должен основываться на данных эндоскопического исследования, при этом первоначально необходимо добиваться эндоскопической остановки кровотечения.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПО ТИПУ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ**

**Шаматов Х.Ш., Эдилов У.А.**

**ГУ Республиканский Специализированный Навучно- Пратический Медицинский Центр Травмотологии и Ортопедии ( ГУ РСНПМЦТО)г.Ташкент**

Актуальность. Лечение переломов костей предплечья по типу Монтеджи у детей до настоящего времени является сложной и актуальной проблемой современной детской травматологии. Многообразие способов лечения, применяемых в различных клиниках, что говорит об отсутствии единой тактики и несовершенстве применяемых способов лечения. Это является причиной значительного числа неудовлетворительных исходов лечения, которые по данным отечественных и зарубежных авторов достигают 90-95%.

Цель: анализирование результатов хирургического лечения костей предплечья по типу Монтеджи у детей.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты хирургического лечения 60 больных детей с переломами типа Монтеджи, пролеченных в 2020-2023 гг. в клинике РИТОИАТМ МЗ РУз.

При переломах типа Монтеджи после открытой репозиции костных отломков локтевой кости производится бескровное вправление головки лучевой кости с наложением аппарата Илизарова из 1,5 колец. Методика операции: аппарат Илизарова накладывается на предплечье; после репозиции костных отломков локтевой кости и вправления головки лучевой кости, через верхнюю треть лучевой кости проводится спица Киршнера с упорной площадкой, под углом 90 градусов в переднезаднем направлении, которая фиксируется к аппарату Илизарова. Для улучшения стабилизации на короткий срок также проводится одна трансартикулярная спица. С целью ранней разработки в локтевом суставе через короткое время будет снят фиксирующий функцию сустава спицу (через 7-10 дней) и сустав разработается.

Результаты. Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у всех оперированных больных по поводу переломов типа Монтеджи в сроки от 3 месяцев до 3 лет. Оценивая отдаленные функциональные результаты выявили, что хорошие у 42 (70%), удовлетворительные – у 17 (28,4%) и неудовлетворительные – у 1 больного (1,6%) исходы лечения.

Вывод. Анализируя результаты хирургического лечения переломов костей предплечья по типу Монтеджи у детей, мы предпочитаем что, использование разработанной конструкции монтажа аппарата Илизарова одномоментно обеспечивает стабильность при фиксации и создает условия для ранней разработки и полного восстановления функции локтевого сустава.

## **ОСНОВНЫЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА**

**Шамсиев Ф.М., Муратова К.Р.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз,**

Цель исследования: провести сравнительную клинико-иммунологическую оценку основных фенотипов бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 40 пациентов в возрасте от 1 до 3 лет с персистирующими симптомами БОС, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии. Разделение детей по фенотипам БОС на эпизодические и мультифакторные, основывалось на рекомендациях GINA-2023 и ERS (European Respiratory Society) от 2018 года для детей с wheezing синдромом. Оценка иммунологических показателей включала в себя исследование IL-4, IL-8, IFN $\gamma$ , TNF $\alpha$ .

Результаты исследования. БОС в иностранной литературе получил название wheezing-синдром, так как свистящие звуки - дистантные или выслушиваемые при аускультации - его основные проявления. При обследовании было выявлено, что у 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания дыхательных путей (I группа с эпизодическим фенотипом). У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали при других аллергенах (II группа – мультифакторный фенотип). В I группе аллергологический анамнез был отягощен у 34,6% детей (по бронхиальной астме - у 33,3%, по аллергическому риниту

- у 22,2%, по atopическому дерматиту – 22,2%, по крапивнице – 11,1%, по лекарственной аллергии - у 11,1%). У детей II группы наследственная отягощённость отмечалась у 57,1%, чем в I - 17,74% от общего числа детей в этой группе. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний во II группе аллергический ринит составил 64,2%, atopический дерматит составил 57,1%, аллергический конъюнктивит у 7,14%, лекарственная аллергия у 14,2%. Ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев, умеренная – в 28,5%, слабая - в 11,1%. В I группе выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей, умеренная - у 38,4%, слабая – у 34,6%.

При анализе клинических симптомов у детей с мультифакторным фенотипом БОС во время «вводного периода» исследования, продолжавшегося в течение 3 месяцев, было установлено, что в этой группе у 85,0% (n=34) исследуемых наблюдались приступы типичной экспираторной одышки. Приступы продолжались от 5 минут до нескольких часов и проходили при использовании ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия. У 20,0% детей (n=8) отмечались и другие проявления обструкции (эпизоды свистящего дыхания без признаков затрудненного дыхания, приступообразного кашля). Из них 40% имели в течение месяца как типичные, так и нетипичные обструктивные приступы. Ночные симптомы (приступы одышки, кашля, затрудненного дыхания) наблюдались у 87,5% исследуемых, а приводящие к пробуждению ребенка 15,0% детей. Среднее количество бессимптомных дней составляло  $18,26 \pm 1,3$ . У пациентов с эпизодическим фенотипом БОС клиническая картина имела ряд отличий от проявлений БОС у детей с мультифакторным фенотипом. Во-первых, симптомы наблюдались только на фоне вирусных инфекций. У 27,5% пациентов симптомы бронхообструкции появлялись в первые три дня заболевания. Изучение цитокинов показало, что у всех пациентов с мультифакторным фенотипом уровень IL-4, IL-8 достоверно выше по сравнению с пациентами с эпизодическим фенотипом БОС ( $P < 0,001$ ). Содержание IFN $\gamma$  характеризовалось значительным разнообразием, между исследуемыми группами не было отмечено статистически достоверных различий. У детей с мультифакторным фенотипом TNF $\alpha$  оказался достоверно выше, чем у пациентов с эпизодическим фенотипом ( $P < 0,001$ ).

Выводы. Бронхообструктивный синдром встречался чаще у мальчиков. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей II группы отмечалось чаще, чем в I. Во II группе БОС часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями, чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов, чем у детей I группы. Для мультифакторного фенотипа БОС характерны: более выраженные ночные симптомы, персистирующий характер течения заболевания, дебют обструктивного синдрома в возрасте старше 1 года, более высокий уровень общего IgE, IL-8, IL-4, TNF $\alpha$  более высокий показатель сопротивления дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивности. Для эпизодического фенотипа БОС характерны: более выраженные дневные симптомы, интермиттирующий характер течения заболевания, дебют обструктивного синдрома в возрасте младше 3 лет, более низкий, чем при мультифакторном фенотипе, уровень общего IgE, IL-8, IL-4, TNF $\alpha$ , более низкий показатель сопротивления дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивности.

## СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М.1, Шарипова Н.П.2

1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр Педиатрии МЗ РУз

2 Национальный детский медицинский центр

Цель исследования. Определить количественные характеристики звуков методом электронной аускультации у детей с острым обструктивным бронхитом и выявить взаимосвязь спирометрии и пикфлоуметрии с параметрами электронной аускультации.

Материалы и методы исследования. Был обследован 71 ребенок в возрасте 5-7 лет с ООБ. Группу сравнения составили 41 практически здоровых детей того же возраста. Детям проводилось однократное определение звуковых феноменов методом электронной аускультации. Звуковые волны регистрировались на грудной клетке с помощью электронного стетоскопа Littman 3200 3M. Нами оценивалась связь данных параметров с результатами спирометрии. Регистрация легочных объемов проводилась на спирографе SHILLER (SP-1).

Результаты исследования. Для детей контрольной группы кривая имела вид волны с максимумом в пределах частот 100-200 Гц с дальнейшим резким снижением до частоты 1300 Гц, и постоянной низкой амплитудой в частотном диапазоне 1400-4000 Гц. Диапазон параметров амплитуды звука здоровых составляет: минЗС = -(31,31-39,46) дБ, максЗС = -(8,95-22,02) дБ, СЗС = -(16,57-28,91) дБ. Методом автокорреляции определялся частотный пик в диапазоне 109-171 Гц, имеющий спектральную мощность 7-34. Дополнительные пики выявлены в низкочастотном диапазоне (менее 100 Гц), спектральная мощность их мала (0-18), поэтому они в дальнейшем не учитывались (таблица 1). Диапазон значений амплитуды звука пациентов в приступе бронхиальной астмы составил: минЗС = -(23,06- 37,17) дБ, максЗС = -(2,84-7,98) дБ, СЗС = -(9,44-16,91) дБ.

При купировании БОС, кривая респирофонограммы претерпевала определенные изменения в спектре наблюдаемых частот. Так отмечалось плавное снижение амплитуды в области частот более 500 Гц с сохранением низкоамплитудных пиков в диапазоне высоких частот (более 1200 Гц). Достоверно значимые различия выявлены как по амплитудным, так и по частотным характеристикам в динамике. Отмечалось снижение минимального (на 16%), максимального (на 64%), среднего значения сигнала (на 28%) на фоне проведенного лечения. У детей с ООБ по мере купирования БОС количество частотных пиков уменьшается, однако не достигает количества их у здоровых детей. Мощность пиков в динамике снижается в 2-10 раз, но также не сравнима с минимальными показателями здоровых детей. Таким образом, даже при отсутствии аускультативных изменений, характерных для БОС (хрипы), выявляемых классической аускультацией с использованием стетоскопа, отмечаются минимальные признаки нарушения проходимости бронхов, что требует коррекции и пролонгирования терапии.

При изучении взаимосвязи параметров респираторного звука у детей с ООБ и данных спирометрии, выявлено некоторое увеличение амплитуды сигнала при нарастании выраженности респираторных нарушений, однако эти изменения не достоверны.

В пробе с бронхолитиком наряду с достоверным приростом ОФВ1 более 20% после ингаляции сальбутамола, также выявлено достоверно значимое снижение максимального и среднего значения сигнала (на 50% и 30%, соответственно) респираторного звука, что может являться диагностическим маркером обратимой бронхообструкции.

Выводы. Методом электронной аускультации обнаруживаются различия звуковых паттернов в группе здоровых и детей с ООБ. Количественная характеристика позволяет объективно установить наличие нарушения проходимости. Отсутствует достоверная взаимосвязь результатов исследования ФВД стандартными и данным методом. Проведение пробы с бронхолитиком доступно даже в амбулаторных условиях, что облегчает диагностику на догоспитальном этапе. Метод электронной аускультации позволяет объективизировать результаты клинического исследования больного, создавать базу данных каждого пациента.

## **АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Шамсиев Ф.М.1, Шарипова Н.П.2**

**1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр Педиатрии МЗ РУз**

**2 Национальный детский медицинский центр**

Цель исследования. Изучить предрасполагающие факторы развития синдрома свистящего дыхания у детей.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим синдромом свистящего дыхания, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты. Было обследовано 40 детей, из них 27 мальчиков (67,5%) и 13 девочек (32,5%). У 65,0% детей триггером, провоцирующим обструкцию, были инфекционные заболевания (I группа пациентов с эпизодическими хрипами). У 25,0% исследуемых обструкция возникала при других факторах (мультифакторные хрипы - II). В I группе аллергологический анамнез был отягощен у 34,6% детей (по БА - у 33,3%, по аллергическому риниту - у 22,2%, по атопическому дерматиту - 22,2%, по крапивнице - 11,1%, по лекарственной аллергии - у 11,1%). У детей II группы наследственная отягощённость отмечалась у 57,1%, чем в I - 17,74% от общего числа детей в этой группе. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний во II группе аллергический ринит составил 64,2%, атопический дерматит составил 57,1%, аллергический конъюнктивит у 7,14%, лекарственная аллергия у 14,2%. Ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев, умеренная - в 28,5%, слабая - в 11,1%. В I группе выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей, умеренная - у 38,4%, слабая - у 34,6%.

Выводы. Синдром свистящего дыхания встречался чаще у мальчиков. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей II группы отмечалось чаще, чем в I, наличие сопутствующих аллергических заболеваний составило 83,78% и 13,97%. Во II группе свистящие хрипы часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями, чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов, чем у детей I группы, что является предрасполагающим фактором в развитии БА у детей.

## СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

**Шамсиев Ф.М.1, Каримова Н.И.1, Абдуллаев С.К.2, Урумбоева З.О.3**  
**1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗРУз, 2 Ташкентская медицинская академия, 3 Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: анализ клинической эффективности комбинированного применения ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) и доксофиллин (Пуроксан) в качестве комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 55 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 4-х до 15 лет в стадии обострения, среднетяжелой степени тяжести. Исследование проводилось в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Основную (I) группу составили 35 детей с диагнозом бронхиальная астма в стадии обострения, среднетяжелой степени тяжести, им в комплексе с базисной терапией назначался дозированный аэрозольный ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) + доксофиллин (Пуроксан). Во II группе (20) дети получали традиционную терапию. Эффективность лечения оценивали ежедневно на основании динамики клинических симптомов. Для оценки динамики и показателей функции внешнего дыхания (ФВД) проводилась спирометрия.

Результаты исследования. При анализе данных клинического осмотра больных обеих групп было установлено, что первыми симптомами при поступлении в стационар были приступы удушья, сухой непродуктивный кашель, экспираторная одышка, периоральные хрипы, плохое самочувствие. У обследованных детей обеих групп до назначения терапии выявилось нарушение бронхиальной проходимости, средние показатели которой были равны ОФВ1 – 75%, ЖЕЛ – 77%, ПСВ – 65%. На фоне проводимого лечения проводился полный контроль за течением БА. У всех больных I группы отмечалась быстрая стабилизация состояния, улучшение общего самочувствия, были отмечены положительные изменения реологических свойств мокроты, переход кашля в продуктивный (рис.1,2,3). Значительное уменьшение частоты кашля наблюдалось в первый же день терапии, уменьшились приступы затруднительного дыхания, улучшилась переносимость физической нагрузки, в легких значительно снизилось количество сухих и влажных хрипов. В последующем у всех этих детей по завершении терапии регистрировались положительные сдвиги показателей бронхиальной проходимости, снижение частоты приступов удушья, повышалась толерантность к физической нагрузке (86 % детей). Показатели функции внешнего дыхания в процессе лечения показали, что у пациентов основной группы на 8-9 сутки лечения достоверно были более высокими средние показатели дыхательной проходимости, по сравнению с контрольной группой. Кроме этого у этих больных быстрее уменьшалась частота дневных и ночных симптомов астмы, улучшалось настроение, показатели качества жизни, сокращалась продолжительность пребывания в стационаре. В основной группе она составила  $9,52 \pm 0,23$  дня, в контрольной –  $12,06 \pm 0,45$  дня. Различие достоверно ( $P < 0,001$ ). После 4-х недельной терапии препаратом Пуроксан отмечалась еще более отчетливая положительная динамика (клинические симптомы и показатель ПСВ). Рост динамических показателей легочной функции был наиболее выраженным к окончанию 4-й недели лечения, в дальнейшем этот показатель оставался стабильным.

Таким образом, комбинированная терапия с применением ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) и доксофиллина (Пуроксан) может быть признана одним из наиболее эффективных способов лечения бронхиальной астмы у детей. Полученные нами в ходе исследования результаты во многом подтверждают эти данные.

Выводы. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость и безопасность комбинированного использования ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) и доксофиллина (Пуроксан) при бронхиальной астме у детей подтверждается как клиническими данными, так и результатами дополнительных инструментальных исследований. Применение этого препарата позволит купировать клинические симптомы и снизить медикаментозную нагрузку, уменьшить частоту обострения бронхиальной астмы и ее тяжесть и позволяют рекомендовать их в составе комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ РИСКА ПОДВЕРЖЕНИЯ ИНСУЛЬТУ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВВИДУ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**Шарипова Ситорабону Хаким кизи, Расулова Райхон Шухратовна  
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи**

Актуальность. На сегодняшний день в современной неврологии проблемы инсультов занимает одно из ведущих мест и является актуальной. Данная ситуация связана во многих случаях с вертебробазилярной недостаточностью. Несмотря на ряд проведенных исследований, проблема остаётся нерешенной.

Целью данного исследования является оценить риски факторов связанные с гендерными различиями для оптимизации реабилитации.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании мы обследовали 68 пациентов со стенозом от 50% до 99% одной из следующих артерий: внутричерепной позвоночной (n=31), базилярной (n=28), задней мозговой (ЗМА) (n=6) или задней нижней мозжечковой артерии. (ПИКА) (n=3). Все пациенты ранее перенесли транзиторную ишемическую атаку или инсульт в зоне стенозированной артерии и получали варфарин (n=42) или аспирин (n=26). Анализ результатов пациентов проводился с помощью метода Фишера-Стьюдента, с помощью пакета Statistica.

Результаты исследования. В течение 13,8 месяцев наблюдения у 15 пациентов (22%) случился ишемический инсульт (4 со смертельным исходом), у 3 пациентов (4,5%) — фатальный инфаркт миокарда (ИМ) или внезапная смерть, а у 6 пациентов (9%) имели несмертельный ИМ. Частота инсультов на любом сосудистом участке (на 100 пациентов за 2 года наблюдения) составила 15,0 у больных со стенозом основной артерии, 13,7 у больных со стенозом позвоночной артерии и 6,0 у больных со стенозом ЗМА или ЗНСА. Частота инсультов на территории со стенозированной артерией (на 100 пациентов в течении 2 лет наблюдения) составила 10,7 у больных со стенозом основной артерии, 7,8 — у больных со стенозом позвоночной артерии и 6,0 — у больных со стенозом ЗМА или ЗНСА. При анализе результатов определили что, преимущественно инсульты возникали у мужчин 60-65 лет, тогда как у женщин данный возраст был моложе и оказался на уровне 56-60 лет. Данный факт связан у женщин во многом с наступившей менопаузой, так как в репродуктивном периоде ввиду эстроген насыщенности риск сосудистых заболеваний низкий из-за вазодилатирующего эффекта этого гормона. С наступлением менопаузы этот

защитный исчезает что приводит к многим осложнениям. Ввиду этого женщинам данного возраста к основной реабилитирующей терапии следует добавлять менопаузальную терапию.

Выводы.

1. Пациенты с симптомами внутричерепной позвоночной артерии или базилярным стенозом подвергаются высокому риску инсульта, ИМ или внезапной смерти. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения оптимальной терапии для этих пациентов.

2. Женщины менопаузального возраста больше подвергаются данному осложнению, применение МГТ данной категории пациенток улучшает реабилитационный мероприятия.

## **ПРИМЕНЕНИЕ «НЕЙРОЭНДОСКОПА» ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

**Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А.,  
Исмаилов А.И., Абдусаттаров К.А., Дадабаева Ё.И.,  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Эндоскопическая хирургия направлена на то, чтобы минимизировать область вмешательства в организм человека. Развитие методов нейроэндоскопии изменили кардинальным образом способы операций на головном мозге. В нейроэндоскопе размером в несколько миллиметров используются микрохирургические приборы, установленные на конце гибкой трубки эндоскопа, которую можно проводить сквозь сложные анатомические образования мозга.

Цель работы: применение «Нейроэндоскопа» при патологиях головного мозга как миниинвазивное хирургическое лечение.

Материалы и методы: с 2019-2023г.г. в филиале оперировано 51 больных с применением нейроэндоскопа. Из них 40(77,1%) больных с макроаденомами гипофиза, у 10 больных было явление акромегалии, у 4 больных пролактиномы, почти у всех больных были явление сдавление зрительных нервов. 5(9,1%) больных оперированы по поводу острых нарушениях мозгового кровообращения с прорывом в желудочковую систему с нейроэндоскопической ассистентированием, у 6(10,7%) больных произведено миниинвазивное операция для фенестрации дна III-желудочка головного мозга, при окклюзионной гидроцефалии.

Результаты: больные оперированы с использованием нейроэндоскопа, который позволило значительно уменьшить травматизацию головного мозга во время доступа. Доступы в аденомы гипофиза проводился трансназально, через сфеноидальную полость клиновидной кости. В боковой желудочек осуществлялся стандартным путём в точке Арендта, отходя на 3 см от сагиттального шва и 2 см вперед от коронарного шва. При внутримозговых кровоизлияниях «Нейроэндоскоп» применялся для ревизии места кровоизлияния.

Заключение: Применение «Нейроэндоскопа» является миниинвазивным, менее травматичным и экономически более выгодным методом лечения при патологиях головного мозга

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ.**

**Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А.,  
Дадабаева Ё.И..**

**Наманганский филиал РНЦЭМП**

В настоящее время применение малоинвазивных методов в хирургическом лечении больных с церебральной патологией стало всеобщим доступным и нашло свое отражение в многочисленных работах современности. Требования к минимальной травматизации мозговой ткани по ходу хирургического доступа обусловили пересмотр уже существующих хирургических стандартов и стратегий лечения многих нозологических форм, в частности при жидкостных внутричерепных процессах (кисты головного мозга, гидроцефалии, ХСГ), где эндоскопический метод имеет ряд неоспоримых преимуществ в сравнении с классической микрохирургической техникой.

Цель работы: внедрить в клиническую практику новый малоинвазивный метод выполнения нейроэндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка (ЭВЦС III) у больных с окклюзионной гидроцефалией с использованием ригидного нейроэндоскопа.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 12 больных за 2019-2023г.г. Все больные госпитализированы с окклюзионной гидроцефалией различного генеза. Из них 8 детей в возрасте от 2 до 5 лет, 4 больных от 25-54 лет, которым была выполнена ЭВЦС III –желудочка головного мозга по предложенной методике.

Результаты: применение малоинвазивной техники выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа позволило значительно уменьшить длину разреза мягких тканей в области доступа. Доступ в боковой желудочек осуществляется путём прокола после разреза твёрдой мозговой оболочки и сопровождается минимальным повреждением паренхимы головного мозга. Это является очень важным, учитывая проведение данной операции у детей с окклюзионной гидроцефалией, у которых головной мозг уже подвержен органическим изменениям. Постоянный эндоскопический контроль при доступе в боковой желудочек повышает безопасность и снижает риск повреждения сосудистых и нервных структур. Он может быть выполнен при резком сужении или полной окклюзии межножковой цистерны, узких (щелевидных) желудочках головного мозга (ширина третьего желудочка менее 8 мм в передних отделах), узком межжелудочковом отверстии Монро, переднезаднем размере препонтиной цистерны менее 6 мм. Летальных исходов было в двух случаях, у больных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Послеоперационных неврологических, эндокринных и инфекционных осложнений не отмечено.

Вывод: малоинвазивная техника выполнения ЭВЦС III-желудочка с использованием ригидного нейроэндоскопа является эффективным и безопасным способом хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии, который позволяет минимизировать операционную травму на всех его этапах, снизить интра и послеоперационные осложнения и может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ.**

**Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А.,  
Мамадалиев Д.М., Дадабаева Ё.И., Пулатов Г.Т..  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Цель исследования: уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей.

Материал и методы обследования: Обследовано 150 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2х до 14 лет с 2022г. по 2023г. Средний возраст составил 9 лет, средний балл по шкале Глазго 8 баллов.

Результаты: По данным МСКТ у 61 ребенка (41%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 46 (31 %) субдуральные, у 30 (20%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 13(9%) множественные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 54(36%) больных методом трепанации с активным дренированием, 96(64%) больных лечились консервативно. Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей был 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 7 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не повышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 10%. Из них при субдуральных гематомах 8%, внутримозговых 27%, при множественных гематомах 30%.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечения внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его 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.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.**

**Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Абдусаттаров К.А..  
Гуломов А.А., Усманов Н.Х.  
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность: Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43-68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдается у 23-63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Летальность при СЧМТ достигает до 35%, а при крайне тяжелых сочетанных повреждениях (например, травма опорно-двигательного аппарата в сочетании с повреждением паренхиматозных органов и тяжелой ЧМТ), особенно с массивным кровотечением, достигает 90-100%. Большой объем экстракраниальной патологии и тяжелая ЧМТ обуславливают высокий уровень

летальности и инвалидизации у пострадавших с СЧМТ. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43-68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдается у 23-63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Цель исследования: оптимизация организации медицинской помощи пациентам с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой (ТСЧМТ) с расстройством сознания не более 12 баллов на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения и летальность в этой группе больных за 2022-2023г.г. в отделении нейрохирургии Наманганского филиала РНЦЭМП. За 2022-2023 г. госпитализировано 3452 пациентов с ЧМТ, среди которых сочетанная травма имела место у 1800 (49,1%). Особого внимания заслуживали 80(4,5%) пациентов с ТСЧМТ, у которых расстройство сознания не более 12 баллов по ШКГ, потому что летальность среди них составила 90%. В 2700(75 %) случаев травма в результате ДТП, 65,5% больных доставлены по линии СМП с места происшествия в стационар в течение 1 часа после травмы. Сочетанные повреждения с ЧМТ по частоте распределялись следующим образом: травма опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевая травма, травма груди, живота, переломы костей таза, травма почек и позвонков.

Результаты и их обсуждение: По результатам проведенного исследования выявлена зависимость между механизмом травмы и видом повреждения головного мозга у пострадавших с СЧМТ ( $p < 0,05$ ). Так, у пострадавших в результате ДТП ( $n = 58$ ) наиболее часто встречались субдуральные гематомы - у 15 больных (25,1%) и очаги ушиба и разможжения мозга в сочетании с внутримозговыми гематомами - у 12 (21,2%).

Диффузное аксональное повреждение мозга ( $n = 4$ ) наблюдали только у пострадавших в ДТП - у 100% больных. У пациентов, получивших травму в результате падения с большой высоты ( $n = 22$ ), преобладали множественные повреждения головного мозга - 7 (25,6%) больных и субдуральные гематомы - 6 (23,2%). У пострадавших в результате криминальной травмы ( $n = 24$ ) - вдавленные переломы черепа - 8 (31,5%) больных и субдуральные гематомы - 6 (24,9%). При падении с высоты роста ( $n = 8$ ) с наибольшей частотой встречались эпидуральные гематомы - у 3 (40%) пациентов. Достоверное влияние на исход хирургического лечения оказывали тяжесть сочетанной травмы. Локализация (анатомическая область) внечерепных повреждений, возраст пострадавших, наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии, угнетение уровня бодрствования перед операцией, наличие глазодвигательных нарушений и нарушение фотореакций, изменения мышечного тонуса, стадия развития дислокационного синдрома, объем очага повреждения мозга, смещение срединных структур, аксиальная дислокация и наличие отека мозга во время операции и развитие осложнений ( $p < 0,05$ , метод Спирмена).

Выводы:

1. На догоспитальном этапе важны не только скорость доставки, но и эффективное противошоковое мероприятия.
2. Госпитализация пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ должна проводиться в многопрофильных травматологических стационарах, в котором возможно оказание помощи и при массовом поступлении пострадавших.
3. Необходима организация отделений сочетанной травмы и диагностического комплекса, работающих круглосуточно (МСКТ, УЗИ, экспресс - лаборатория и т.д.).
4. После поступления пострадавшего в приемное отделение, определить тактику ведения больных должен ответственный дежурный врач по стационару.
5. В дежурной бригаде обязательно должны присутствовать специалисты разного профиля

(нейрохирург, травматолог, полостной и сосудистый хирурги, челюстно – лицевой хирург).

## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА БАЗЕ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ ГОРОДА ОШ**

**Шатманов С.Т., Нурбек кызы А.  
Ошский государственный университет**

Актуальность. В наше время заместительная почечная терапия (ЗПТ) является основным решением для больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Почки являются жизненно-важными органами наряду с мозгом, сердцем, печенью и играют важную роль в поддержании гомеостаза, выведении жидкости, избавляют организм от продуктов метаболизма, основными из которых являются креатинин, мочевины и остаточный азот. Гемодиализ спасает пациентов, заменяя функцию почек, но при этом пациенты становятся прикованными к этой процедуре, и тут появляется вопрос, как она влияет на здоровье и продолжительность жизни больных.

В Кыргызстане под конец 2023 года было зарегистрировано 2604 больных с ХПН терминальной стадии, получающих заместительную терапию. С 2021 на 2023 год количество больных на программный гемодиализ увеличилось, но за последние полгода уменьшилось на 124 человек, что связано в основном с фатальным исходом. Выживаемость больных сильно варьирует из-за отличия основного заболевания и начала ЗПТ в разные периоды развития патологического процесса.

Цель исследования. Определить среднюю продолжительность жизни гемодиализных больных и выявить основную причину летального исхода на базе частной клиники города Ош.

Материалы и методы исследования. Были взяты 100 информационных писем посмертного эпикриза больных с ХПН за периоды с 2016 по март 2024 года из одного из гемодиализных центров города Ош. Из 100 больных 54% были женского пола, а 46% - мужского. Возраст на момент смерти варьировал у больных от 23 до 83, средний возраст составил 53,5 года. Был проведен статистический анализ на определение основного заболевания, которое привело к развитию ХПН и выявление основных причин смерти, также был сделан расчёт продолжительности жизни больных от начала получения программного гемодиализа до их гибели. Для статистического преобразования результатов использовали Microsoft Excel.

Результаты исследования. Существует большинство болезней или предрасполагающих факторов, приводящие к дисфункции почек и развитию ХПН, что и подтверждают выявленные нами основные заболевания умерших пациентов. Так, у 59% как основное заболевание был сахарный диабет 2 типа с поражением почек, у 14% - хронический гломерулонефрит, у 10% - хронический пиелонефрит, у 10% - гипертоническая болезнь III стадии с очень высокой группой риска, у 2% - поликистоз почек, у 1% - сахарный диабет 1 типа, у 1% - амилоидоз почек, у 1% - мочекаменная болезнь с камнями в обоих почках, у 1% - множественная миелома диффузно-очаговой формы, у 1% - врожденная аномалия развития почек в виде аплазии левой почки.

Продолжительность жизни у большинства больных, к сожалению, составил не более 1,5 года, что может быть связано с далеко зашедшим течением основного заболевания, с запущенностью повреждения почек и поздним началом заместительной терапии. Из 100 больных выживаемость от начала гемодиализа у 22% составил менее

6 месяцев, у 33% - от 6 до 12 месяцев, у 16% - от 12 до 18 месяцев, у 12% - от 18 до 25 месяцев, у 5% - от 25 до 30 месяцев, у 6% - от 30 до 40 месяцев, у 6% - от 48 до 88 месяцев.

Анализ причин смертей был сделан на основе информационных писем, вскрытия не было, так как из-за религиозных взглядов родственники всех этих 100 больных категорически отказались от вскрытия. Предполагаемые причины смерти включали: нарастающую острую сердечную недостаточность (ОСН) на фоне острого инфаркта миокарда (ОИМ) у 13% больных; полиорганную недостаточность у 63% больных, из которых: 18% - на фоне декомпенсированного сахарного диабета, 14% - на фоне уремии, 3% - на фоне хронического пиелонефрита, 3% - на фоне хронического гломерулонефрита, 1% - на фоне риноцеребрального мукормикоза, осложненный ишемическим инсультом лобной доли правого полушария головного мозга, 2% - на фоне септического состояния организма, 12% - на фоне основного заболевания и интоксикации организма, 10% - на фоне острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и основного заболевания; острую легочно-сердечную недостаточность у 8% больных, из которых: 3% - в результате отека легких на фоне основного заболевания, 4% - в результате тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) на фоне основного заболевания, 1% - в результате развития осложнений перенесенной двусторонней вирусной пневмонии; развитие острого коронарного синдрома на фоне основного заболевания у 2% больных; мозговую кому в результате ОНМК и отека головного мозга у 3%; хроническую сердечную недостаточность у 3%; печеночную и сердечную недостаточность на фоне основного заболевания у 1% больных; дыхательную недостаточность из-за аспирации рвотными массами у 1%; кровотечение из ЖКТ из-за уремии у 1% больных; самовольное прекращение гемодиализа у 2%; у 3% больных точно не смогли выяснить предполагаемую причину смерти.

Выводы. В итоге ретроспективного анализа 100 посмертных информационных писем больных с ХПН, получающих гемодиализ, мы выявили, что как основной диагноз у 59% больных составил сахарный диабет 2 типа, на втором месте оказался хронический гломерулонефрит, который составил 14%, а на третьем – хронический пиелонефрит, который составил 10%. Средняя продолжительность жизни составила 10 месяцев, с самым низким значением в 4 дня и с самым высоким значением в 88 месяцев. Основными возможными причинами смерти у большинства больных послужили полиорганная недостаточность, составившая 61%, также у 13% была острая сердечная недостаточность на фоне ОИМ, а у 8% больных смерть наступила от острой легочно-сердечной недостаточности. Нужно отметить, что до начала ЗПТ больные уже находились в запущенном состоянии и кроме основного заболевания у них имелись сочетанные патологии и вторичные осложнения.

## **АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Шербеков У.А., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А., Шавазид Р.Н.**  
**Самаркандский государственный медицинский университет**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующей абдоминальной патологией путем

оптимизации тактико-технических аспектов единовременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненапряжных методов пластики.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 31 больного с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости. Симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%. Чаще всего выявлены такие заболевания как: желчнокаменная болезнь (30,1%), патология органов малого таза у женщин (30,8%), спаечная болезнь брюшной полости и хроническая кишечная непроходимость (46,7%), а также ожирение III – IV ст. и абдоминоптоз (29,7%). При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта (M1S8 или M3S2) приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам.

Таким образом из 31 больных основной группы лапароскопическая коррекция как основной так и симультанной патологии произведено 7 (22,5%), эндовидеохирургическая коррекция симультанной патологии проведено 5 (16,1%). Вместе с тем, у 21 (67,7%) больных основной группы оба этапа операции выполнены из герниолапаротомного доступа. Поводом для этого послужило близкое расположение патологии органов брюшной полости к грыжевому дефекту.

Результаты исследования. Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев использовали следующие параметры:- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%; -внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%; -развитие компартмент синдрома 1,9% (только в группе сравнения); -раневые осложнения у 6,7% и 1,7%; - летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно. Проанализированы отдаленные результаты у 260 (78,5%) больных из 331 оперированных. Рецидив вентральной грыжи отмечен у 6 (1,8%), При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. –  $8,3 \pm 0,6$  суток

#### Выводы

Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненапряжных методов аллопластики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений до 5,3%.

## **ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Шербеков У.А., Василевский Э.А., Дадабаев О.Т., Усмонкулов М.К., Самаркандский государственный медицинский университет  
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Свищи прямой кишки – одно из самых частых проктологических заболеваний. Однако до сих пор вопросы диагностики, и способы оперативной лечения полностью не разрешены и нередко становится предметом дискуссий.

Цель исследования: Усовершенствовать оптимальные методы диагностики и эффективных способов хирургического лечения свищей прямой кишки.

Методы исследования: Нами прооперированы 830 больных с различными формами параректальных свищей. Из них мужчин - 70,5%, женщин - 29,5%. Возраст больных 21-30 лет. У 80 (7,4%) больных возникновение и сформирование свища прямой кишки было следствием самопроизвольно-вскрывшегося и нелеченного острого парапроктита. С целью определения сложности свищевого хода 672 больным произведена фистулография, 158 больным компьютерная томография.

Оперативное лечение было применено нами у всех наблюдавшихся больных со свищами прямой кишки. Показаниями к операции явились наличие свища прямой кишки и выделение гноя из прямой кишки при неполных внутренних свищах. Из 830 больных рассечение свища в просвет прямой кишки с иссечением свищевого хода произведено у 247 с интрасфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием дна и восстановлением сфинктера – у 525 с трансфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием культи и дозированной сфинктеротомией – у 158 с экстрасфинктерным свищом.

Результаты. Использование глухого шва на рану после иссечения трансфинктерных свищей способствует более быстрому заживлению раны, уменьшению сроков пребывания больных в стационаре до 8-10 дней и тем самым улучшению реабилитации больных.

Оперативные вмешательства по поводу свища прямой кишки сопряжены с возможностью возникновения осложнений, ухудшающих результат лечения. Послеоперационный период у наблюдавшихся нами больных отличается благоприятным течением, лишь у 6 больных отмечен рецидив заболевания.

Вывод: Своевременная диагностика с применением ультрасонографии, фистулографии, компьютерной томографией и адекватное оперативное вмешательство является радикальным способом лечения острого парапроктита.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Шеркулов К.У., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А., Болтаева Н.К. Самаркандский государственный медицинский университет  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Является улучшение результатов лечения больных со свищами прямой кишки путем оптимизации методов диагностики и выбора объема операции.

Материал и методы. Основу клинического материала составили данные медицинских карт 254 пациентов с свищами прямой кишки, за период с 2017 по 2023 год. Возраст больных 16-64 лет, женщин-183, мужчин-71. Для изучения и сравнения результатов лечения, все пациенты были распределены на следующие группы:

I- контрольная группа была представлена 37 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная терапия,

II-основная группа была представлена 217 больными, при лечении которых были использованы новые подходы диагностики и лечения больных со свищами прямой кишки.

По статистике, примерно 92% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания ранее перенесенным острым парапроктитом.

Форма наружного отверстия, отверстий свища и расстояние от края ануса не являются показателем глубины прохождения свищевого хода. Наличие такого подкожного "шнура" обычно характерно для неглубоких подкожных интра- и трансфинктерных свищей. Пальцевое исследование позволяет сразу, хотя бы приблизительно, выяснить тонус и силу сокращения сфинктера, а также делить наличие и локализацию внутреннего свищевого отверстия в анальном канале или хотя бы локальную болезненность участка стенки анального канала. Пальцевое исследование в сочетании с зондированием свища является основным приемом для дифференцировки парапроктита и других параректальных нагноений, таких как фурункул, карбункул, флегмона, киста ректовагинальной перегородки, бартолинит у женщин или парауретрит у мужчин. Нами был использован модифицированный вариант радикальной операции, который был применен у всех 217 больных со свищами прямой кишки, госпитализированных в клинику за это время.

Выводы. Таким образом, Предложенная нами методика приводит к более гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома, снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера, ускорению заживления раны промежности, сокращению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению длительности пребывания больных в стационаре.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ К ОПУХОЛЯМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

**Эгамбердиев Р.Х., Алтыбаев У.У., Кариев Г.М., Алиходжаева Г.А.,  
Асадуллаев У.М.**

**Республиканский Специализированный Научный Практический Медицинский  
Центр Нейрохирургии.**

Опухоли желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации представляют собой опухоли, которые возникают в желудочках головного мозга, расположенных выше тенториальной перегородки. Эти опухоли могут быть как доброкачественными, так и злокачественными, и составляют около 5-10% всех опухолей головного мозга. Поскольку у многих больных на ранних стадиях заболевания клинически не проявляется, опухоли обычно вырастают до больших размеров к моменту постановки диагноза. Поэтому хирургическое удаление этих опухолей затруднителен и адекватный выбор доступов имеет большое значение и дает возможность максимально безопасно удалить опухоли и улучшает результаты хирургического лечения.

Цель исследования: Настоящее исследование проведено с целью описание методику и оценки преимущества и недостатки различных хирургических доступов к новообразованиям желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации.

Материалы и методы: Проанализированы операции 110 больных с опухолями желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации, находившихся на лечении в Республиканском Специализированном Научном Практическом Медицинском Центре Нейрохирургии с 2017 по 2023 гг. Оценены клиническая картина, данные МРТ и МСКТ головного мозга, хирургические доступы и клинический исход. Анализированы преимуществ и недостатки использованных доступов, а также послеоперационные осложнения, связанные с выбором доступов.

Результаты: Удаление опухоли производилось через транскаллезным доступом у 42 (37,5%) больных и транскортикальным доступом у 70 (62,5%) больных в зависимости от расположения и размеров опухоли. Транскортикальный доступ использован преимущественно при больших опухолях фронтального рога и тела боковых желудочков, а также при расположении опухолей в атриуме и в нижнем роге бокового желудочка независимо от размера. Транскаллезный доступ применен при небольших опухолях фронтального рога и тела боковых желудочков и III желудочка.

В послеоперационном периоде нами анализирован неврологические симптомы, связанные с использованием того или иного доступа. При этом у 4 (22,2%) пациентов, перенесших транскортикальное удаление в послеоперационном периоде наблюдался судорожный синдром, который контролирован противосудорожными препаратами. Кроме того, у 1 больного после операции из-за сохранения гипертензионно-гидроцефального синдрома, в дальнейшем проведены ликворшунтирующие операции с использованием имплантируемой клапанной системы. У 4 (26,7%) больных, перенесших операцию через транскаллезного доступа, наблюдалось снижение памяти и нарушение поведения в виде легкой эмоциональной неадекватностью. Такая ситуация указывает на то, что велика вероятность повреждения свода при применении транскаллэзного доступа. При сравнении количестве неврологических нарушений в послеоперационном периоде не выявлено значимые различия, присущих тому или другому доступу.

Выводы: Использование транскаллезного и транскортикального доступов для удаления опухолей супратенториальной части желудочковой системы головного мозга является безопасными доступами. Не выявлено каких-либо специфических осложнений, присущих тому или другому доступу, выбор диктуется оценкой точного расположения опухоли и расчетом наиболее адекватной траектории ее достижения.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**

**Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Болтабаев Т.Т.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Неспецифический язвенный колит -хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки толстой кишки. На сегодняшний день проблема лечения воспалительных заболеваний кишечника, в том числе и неспецифического язвенного колита (НЯК) является актуальной, так как по данным Международного комитета исследований,

заболеваемость НЯК в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах.

Пик заболеваемости НЯК приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении.

Цель исследования. Ретроспективно оценить результаты консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов консервативного и оперативного методов лечения больных с НЯК, находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2013 по 2023 годы. Все пациенты (n=876) были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, получавшие консервативное лечение (n=523), а во вторую – пациенты, которым произведена операция (n=353).

Все пациенты, находившиеся на стационарном лечении, распределены по полу и возрасту, что и показывает, что наибольшее количество больных было трудоспособного возраста, 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 в стационарном общеклиническом объеме. После предварительной подготовки эндоскопические исследования выполняли фиброколоноскопом АОНУА VLS 150-1.

После установления диагноза и общего состояния, все пациенты находившиеся в первой группе (n=523) получили консервативное лечение, которое состояло в основном из следующих групп препаратов: препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин (5-АСК)), кортикостероиды, иммуносупрессоры, фолиевая кислота, витамины группы В, а также симптоматические средства (спазмолитики - папаверин, дротаверин, платифиллин; лоперамид; метоклопрамид; витамин К, этамзилат, транексам) и пробиотики (линекс, хилак-форте). Лечение проводилось на фоне диетотерапии с исключением молочных продуктов, свежих фруктов, овощей, консервов и сбалансированного в рационе содержания белков, жиров, углеводов и витаминов. Питание больных было дробным, до 4-5 раз в сутки, а пища - механически и химически щадящей.

Бесперспективность консервативного лечения являлась показанием к оперативному лечению больных, которых мы включили во вторую группу (n=353). Этим больным произведены операции: в 158 случаях левосторонняя и в 4 случаях правосторонняя гемиколэктомия, субтотальная колэктомия выполнена у 85 и тотальная колэктомия у 39 больных, остальные 67 операций были прочие (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы).

Всех оперированных больных, кроме прочих операций (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы), при изучении истории болезни разделили на две группы: в основную группу вошли больные (n=184), которым в послеоперационном периоде в комплексное лечение добавлена эндомезентериальная лимфатическая терапия, контрольную группу составили больные (n=143), лечившиеся традиционным методом.

Результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара показывают, что в 52,9% случаев приходится на возрастную группу от 17 до 43 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении. Эти наши данные почти не отклоняются от литературных данных многих мировых авторов. Хотя консервативная терапия является основой лечения НЯК, оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений у 15-25% пациентов. С удлинением

хронически продолжающийся процесс усугубляет состояние больных, и в итоге в большинстве случаев приводит к осложнениям вплоть до угрозы жизни больного.

Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто малигнизируется в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 5 больных, которые в анамнезе страдали НЯК около 10 лет и более.

Среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние больных, обусловленное соматическими сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы тяжелой степени и на фоне тяжелой степени язвенного кровотечения с кахексией.

Таким образом, основываясь на результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита можно делать выводы, что в самом деле это заболевание часто встречается в молодом трудоспособном возрасте, являющимся максимально активным в социальном отношении. Длительное, часто повторяющееся консервативное лечение может способствовать осложнившейся форме НЯК, угрожающей жизни больного. Мы предлагаем и поддерживаем индивидуальный подход к каждому пациенту по отношению к оперативному лечению НЯК. Своевременно выполненные оперативные вмешательства позволят снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни больного.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

**Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Болтабаев Т.Т.**  
**Андижанский Государственный медицинский институт**

Неспецифический язвенный колит -это аутоиммунное, хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки. Заболевание одна из наиболее серьезных проблем для гастроэнтеролога и колопроктолога. Неспецифический язвенный колит вызывает выраженное ослабление защитных функций организма. Глубина иммунологических сдвигов находится в прямой зависимости от степени тяжести клинического течения язвенной болезни. Неспецифический язвенный колит сопровождается угнетением фагоцитоза, уменьшением содержания пропердина, комплемента, снижением активности и количества Т-лимфоцитов при незначительном увеличении количества В - лимфоцитов и росте количества 0 - клеток.

В основу настоящей работы положены:

Результаты клинико-иммунологического исследования 115 больных язвы толстого кишечника с наследственным фактором.

Большинство больных (71,2%) были в возрасте от 21 до 50 лет. Было больных мужчин 45 и женщин 70 . Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (66), у которых в послеоперационном периоде региональная иммуностимуляция не проводилась и основную (120 больных), у которых проводилась региональная иммуностимуляция. Все больные перенесли различные виды операции гемиколэктомии.

В послеоперационном периоде региональную иммуностимуляцию проводили через брыжейку тонкой кишки. Анализ иммунологических показателей до и после операции в основной группе больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором показал, что применение региональной лимфостимуляции

обуславливает увеличение (при исходном понижении) абсолютного и относительного количества лимфоцитов ( $p < 0,01 - 0,001$ ), при этом увеличивается до нормы количество Т-лимфоцитов ( $p < 0,05 - 0,01$ ), а количество В-лимфоцитов понижается до нормы ( $p \leq 0,01$ ).

Исследование содержания сывороточных иммуноглобулинов показало модулирующий эффект проведенного метода, исходно повышенный их уровень снижался, приближаясь к норме ( $p < 0,05 - 0,01$ ).

В контрольной группе сдвиги в показателях иммунного статуса больных язвенным колитом после операции характеризовались нарастающим иммунодефицитом. Особо отмечалось отрицательное воздействие операции на иммунологические показатели, выражающиеся еще большей степенью снижения количества Т - лимфоцитов.

Таким образом, полученные данные дают основание говорить о нарушении иммунного гомеостаза у больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором, особенно у больных с осложненными формами болезни. Эти иммунологические нарушения еще больше усугубляются в послеоперационном периоде, особенно у тех больных, у которых не проводится иммунокоррекция.

Выводы: Региональная иммуностимуляция, проводимая в послеоперационном периоде через брыжейку кишки при удалении различной части толстой кишки, приводит к более быстрому восстановлению функции ЖКТ.

К повышению общего иммунитета и местного иммунологического статуса, в более ранней ликвидации микроциркуляторных расстройств и отека оперированного кишечника, восстановлению двигательной, секреторной и гормональной деятельности желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Дурдиев Х.Б., Болтабаев Т.Т.  
Андижанский государственный медицинский институт.**

Несомненное достоинство эндоскопической хирургии – малая травматичность. В связи с этим лапароскопическая хирургия получает все более широкое распространение и признание. На сегодняшний день предприняты успешные попытки лапароскопического выполнения практически всех видов оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

За период с 2013 по 2023 год различные лапароскопические вмешательства выполнены 843 пациентам в возрасте от 12 до 84 лет, из них: холецистэктомия- 471, аппендектомия- 231, кистэктомия печени- 73, эхинококкэктомия печени- 125, кистэктомия яичника-156, рассечение спаек при спаечной кишечной непроходимости -31, санация и дренирование брюшной полости при перитоните -146.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 471 наблюдении. Следует отметить, что еще у 11 пациента нами предпринималась попытка выполнения ЛХЭ, однако в связи со сложностью топографо-анатомической ситуации либо возникновением интраоперационных осложнений пришлось перейти к открытой, традиционной холецистэктомии. Причиной перехода на лапаротомию у 6 пациентов послужил выраженный спаечный процесс в брюшной полости и подпеченочном пространстве, в связи с чем возникли трудности нормального обзора манипуляций на желчном пузыре.

У 12- во время вмешательства были выявлены грубые рубцовые и инфильтративно - воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, которые затрудняли выделение элементов шейки желчного пузыря, значительно увеличивали риск повреждения элементов гепатодуоденальной связки, соседних полых органов.

Из 471 больного в анамнезе 64 (14%)- оперированы на органах брюшной полости, причем 24 - на верхнем этаже брюшной полости. У 30 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа. Кроме того, 25 больным проведены симультанные лапароскопические вмешательства: кистэктомия из печени- 12, кистэктомия из яичника- 13.

В 362 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких либо технических трудностей. Среднее время проведения ЛХЭ в этой группе составило 42,7+6,3 мин. В 79 случаях во время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше, в 31 случае приведшие к переходу на открытое вмешательство. У остальных 48 пациентов обстоятельствами, приведшими к трудностям, явились: острый деструктивный холецистит - 110, склероатрофический желчный пузырь- 13, водянка желчного пузыря- 16, спаечный процесс брюшной полости- 26, анатомически сложные варианты строения внепеченочных желчных путей- 5. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в этой группе составила 75,4+7,3 мин.

Летальный исход отмечен в 2(0,3%) случаях, двое из больных умерли из-за осложнений, связанных с сопутствующей патологией (в 1 случае - кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени, во втором- тотальный панкреонекроз).

На сегодняшний день мы имеем опыт лапароскопических аппендэктомий у 231 больного, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 55 случаях, острый флегмонозный- 140 случаях, острый гангренозный - в 31 случае, хронический аппендицит- в 5. Длительность оперативного вмешательства составила от 25 до 40 минут. Наш опыт показал, что при наличии навыков лапароскопического оперирования аппендэктомия может быть выполнена за 25-30 минут. Осложнений во время выполнения оперативного вмешательства не наблюдалось. В послеоперационном периоде лишь у одного больного с острым гангренозным аппендицитом отмечено нагноение области прокола.

28 лапароскопических вмешательств произведено по поводу кист печени: в 15 наблюдениях киста была непаразитарной, из них 7- выполнено одновременно с холецистэктомией. В остальных 13 случаях произведена лапароскопическая эхинококэктомия. Как правило, это были одиночные кисты, расположенные субкапсулярно в IV, V, сегментах печени диаметром от 40 до 70 мм. Для борьбы с остаточной полостью производили иссечение оболочки кисты диатермокоагуляцией до печеночной ткани, а при сохраняющейся больших размеров полости производили ее тампонирование сальником с подведением дренажной трубки. Средняя продолжительность операции составила 50,6+4,9 минут. Осложнений во время проведения оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не наблюдалось. В дальнейшем за время наблюдения рецидивов эхинококкоза не отмечено.

В 31 наблюдении после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В 46 случаях произведена санация и дренирования брюшной полости при перитоните.

Для улучшения послеоперационного течения мы всем больным применяли лимфатическую антибиотика терапию, для этого вовремя операция установили микроирригатор в круглую связку печени, брыжейку тонкого кишечника или круглую связку матки. Техника лимфотропной терапии лекарственных веществ осуществлялась через микроирригатор, который устанавливался во время операции. Сначала 100 мл 0,25 % раствора новокаина + гепарин 5000 ЕД или 1 мл фуросемида + тималина 10 мг, разведенного в 25 мл 0,25 % новокаина + одноразовая доза антибиотика в капельном путём 1 -2 раза в сутки.

Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение эндоскопической техники оперативного вмешательства позволяет значительно снизить операционную травму, резко сократить сроки стационарного пребывания больных и улучшает нетрудоспособности послеоперационном периоде. Совершенствования техники оперативного вмешательства, инструментария, мастерства хирургов, несомненно, будут способствовать устранению осложнения и недостатка.

## **РОЛЬ ОСТЕОТОМИЯ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**

**Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.**

**ГУ Республиканский Специализированный Навучно- Пратический  
Медицинский Центр Травмотологии и Ортопедии  
(ГУ РСНПМЦТО)г.Ташкент**

**Ведение:** Застарелые вывихи головки лучевой костей у детей являются одним из тяжелых повреждений локтевого сустава, нередко заканчивающиеся инвалидностью ребенка. Частота встречаемости застарелых перелома-вывихов и вывихов составляет около 27% всех застарелых повреждений локтевого сустава. Основной причиной давности данных повреждений является трудность своевременной диагностики в остром периоде. Физиологическая разболтанность суставов, наличие нескольких ядер окостенения в области локтевого сустава, рентген негативность большинства структур, изменение сроков появления ядра окостенения, вследствие сопутствующих патологий детского возраста, низкий уровень информативности рентгенологического исследования при данных повреждениях в детском возрасте.

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей путём остеотомия локтевой кости.

**Материал и методы:** В клинике детской травматологии РСНПМЦТО МЗ РУз за 2022-2023г. пролечено 25 больных с застарелыми вывихами головки лучевой кости. Мальчиков 15, девочек 10. Возраст больных от 3 до 15 лет. Превалируют правосторонние повреждения, составляя 13 случаев. Всем больным проведена рентгенография локтевого сустава. Периферические неврологические нарушения наблюдались у – 2 пациентов. У пациентов с неврологическими нарушениями проводилось ЭНМГ исследование и консультация невропатолога. Вывих головки лучевой кости с переломом локтевой кости у всех пациентов (повреждение Брехта и Монтеджи). Всем больным проведён остеотомия проксимального конца локтевого кости и фиксируют перекрестными спицами. Затем проведён артролиз и устранение вывиха с пластикой кольцевидной связки и фиксация трансартикулярными спицами. У всех больных наложен гипсовый повязки. Отдаленные результаты изучены у всех

больных, и результаты оценены по трех бальной шкале. Хорошие результаты составили 68%, удовлетворительные - 23%, не удовлетворительные – 9%.

**Выводы:**

Данные литературы и наши наблюдения подтверждают высокий процент вывихов проксимального конца локтевого сустава у детей и подростков.

В наших наблюдениях все больные имели застарелые вывихи головки лучевой кости, это связано с поздним обращением, ошибками диагностики, сложностью сохранения достигнутой репозиции и предотвращения вторичных смещений.

На сегодняшний день в нашей клинике широко используются оперативное лечение застарелых вывихов головки лучевой кости при повреждениях кольцевидной связки мы производим во всех случаях застарелых вывихов головки лучевой кости.

В нашей клинике применяются 4 метода хирургического лечения вывихов в зависимости от структуры повреждения костей локтевого сустава в сочетании с вывихом головки лучевой кости.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В «КРИТИЧЕСКОЙ» ЗОНЕ**

**Эркабаев А.К., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Восстановление функции пальцев кисти при повреждении сухожилий сгибателей в пределах синовиально-апоневротического канала в так называемой «критической» зоне при экстренном поступлении больных до сих пор остается актуальной проблемой хирургии кисти.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения пострадавших с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти в «критической» зоне и выбор оптимальных методов восстановления сухожилий при данного рода повреждениях.

За период с 2019 по 2023 год в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП со свежей травмой кисти с повреждением сухожилий сгибателей в «критической» зоне наблюдалось 212 больных, из них мужчины было 169 (79,7%), женщин – 43 (20,3%), из них детей – 25 (11,8%). Средний возраст пострадавших составил 27 лет.

Из поступивших больных у 70 (33%) выполнено двухэтапное восстановительное лечение повреждений сухожилий по методу Е.Панева–Холевича, рекомендуемый многими школами травматологов при данном уровне повреждений, у 142 (67%) – внутривенный сухожильный, дополненный обивным микрохирургическим швом под оптическим увеличением (очки-лупы).

Для оценки ближайших результатов учитывались: условия проведения операций (благоприятные, неблагоприятные, крайне неблагоприятные), амплитуда движений в суставах пальца и дефицит его сгибания по схеме У.Уатта, а также сила пальцев и кисти.

При методике Е.Панева–Холевича первым этапом осуществлялось сшивание проксимальных концов поврежденных сухожилий поверхностного и глубокого сгибателя между собой на уровне прикрепления червеобразных мышц с целью получения в последующем васкуляризованного аутотрансплантата из поверхностного сгибателя.

Вторым этапом, выполняемым обычно через 1-1,3 мес. через костно-фиброзный канал проводилось пересеченное на уровне лучезапястного сустава и перекинутое в дистальном направлении сухожилие поверхностного сгибателя пальца как сухожильный трансплантат на питающей ножке. Конец сухожилия трансоссально фиксировалось к ногтевой фаланге.

Остальным больным произведен внутри ствольный сухожильный шов по Розову не рассасывающим шовным материалом с наложением дополнительного обивного микрохирургического шва нитью Eritenon № 6/0.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Больным назначалась дозированная разработка пальцев кисти на 20-е сутки после операций.

По нашим наблюдениям после двухэтапного хирургического лечения положительные результаты отмечены в 80,2%, после внутривольного сухожильного в дополнении обивного микрохирургического шва положительные результаты выявлены в 92,8%.

Следует отметить, что при двухэтапной реконструкции повреждений сухожилий сгибателей в «критической» зоне наблюдалась бóльшая травматизация тканей, продолжительный срок лечения и реабилитации, наличие грубых послеоперационных рубцов.

Таким образом, при первичных повреждениях сухожилий сгибателей пальцев в «критической» зоне более рациональным методом явился внутривольный шов с наложением дополнительного обивного микрохирургического шва.

## **РАЗВИТИЕ МАРКЕТИНГОВОЙ СФЕРЫ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Эрматова Г.А., Махмуджонова С.Ф.  
Central Asian Medical University**

Актуальность. Развитие маркетинговой сферы никогда не останавливается, поэтому классическое понятие рекламы товара постепенно размывает свои границы. Раньше, например, никто и не знал про интернет-маркетинг, а сейчас практически каждый владелец бизнеса пользуется им. Современное значение понятия «маркетинг» имеет более ста различных трактовок, которыми пользовались знаменитые бизнесмены и маркетологи.

По мнению известного маркетолога Берни Гудрича, маркетинг – это процесс, в котором происходит определение, предсказание и создание потребностей и желаний потребителя, с организацией всех имеющихся в наличии компании ресурсов для их удовлетворения с максимальной прибылью, как для компании, так и для ее клиентов.

Маркетинг представляет собой деятельность, сочетание процессов и институтов, с помощью которых обеспечивается создание, информирование, доставка и обмен предложениями, обладающих ценностью для потребителей, клиентов, партнеров и общества. Это определение Американской ассоциации маркетинга.

Целью работы является проведение маркетингового исследования целевых сегментов рынка. Специалисты в этой области выясняют возможности потенциального спроса и емкость каждого рыночного сегмента. Иными словами, определить покупателей, чьи потребности не полностью удовлетворены. А также изучить медицинский маркетинг как процесс, посредством которого управляется и реализуется рынок медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. В нашей работе использован комплекс медико-социальных методов: статистический, социологический, психологический, аналитический, организационно-функционального моделирования, монографический (непосредственного наблюдения), исторический.

Результаты исследования и их обсуждение. В сферу маркетинга здравоохранения входят все виды товаров и услуг, информация и идеи, специалисты и учреждения, организации и т. д., имеющие отношение к сохранению и укреплению здоровья населения. Маркетинг здравоохранения относят к социальному маркетингу, а все виды товаров и услуг, связанные со здоровьем, - к социальным (общественным) товарам. Основные элементы маркетинга: нужда, потребность, запрос, товары или услуги, обмен, сделка, рынок. Участниками в маркетинге являются потребитель - покупатель, с одной стороны, и продавец - производитель, с другой стороны.

Нужда - это ощущаемая человеком нехватка чего-либо. Нужды являются исходными составляющими природы человека. Состояние здоровья во многом определяет нужды человека. Нужды здорового и больного различны. Нужда, достигшая высокой интенсивности, становится мотивом поведения человека.

Потребность - нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью человека. Потребность - осознанная нужда, требующая действия. Существуют определенные потребности, связанные со здоровьем. В частности, потребности в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации, в здоровом образе жизни, в медицинском обслуживании и медицинской информации. Определенные потребности медицинских работников связаны с их профессиональной деятельностью. Для функционирования системы здравоохранения необходимо изучение существующих и потенциальных потребностей, возможностей их удовлетворения, формирование и удовлетворение рациональных потребностей в сфере здравоохранения. На базе потребностей формируются запросы. Запрос - потребность, подкрепленная покупательной способностью.

Для частной системы здравоохранения - это платежеспособность личности или группы людей, а для общественных систем здравоохранения, государственной системы и страховой медицины - это покупательная способность общества, которая отражена в существующих источниках финансирования здравоохранения.

Товар или услуга — предмет или деятельность (работа), которая может удовлетворить ту или иную потребность и предлагается рынку с целью привлечения внимания, использования и приобретения. К товарам в здравоохранении относятся предметы медицинского назначения все, что необходимо для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Это оборудование, медицинская техника, лекарственные средства, перевязочные материалы, приборы, реактивы, предметы хозяйственного назначения и т. д. Кроме того, в роли товаров выступают медицинская информация и медицинские услуги.

Услуга - деятельность, необходимая потребителю, предоставляющая для него определенную ценность. Услугам присущи четыре характеристики: неосвязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества и несохраняемость.

Стоимостная значимость услуги существует в момент ее оказания. Услуга оказывается конкретному потребителю и направлена на решение его проблем. Партнерами во взаимоотношениях, возникающих при оказании услуг, являются пациенты и представители системы здравоохранения или коллективные субъекты (учреждения, институты, сообщества, кооперативы и т. д.), которые оказывают друг другу услуги.

Медицинская услуга должна быть представлена потребителю таким образом, чтобы была достигнута цель - сохранить, поддержать, повысить уровень здоровья конкретного человека или группы людей.

Медицинская помощь - процесс производства и предоставления медицинских услуг. Медицинская помощь формирует определенные отношения между производителями и потребителями услуг. Эти отношения регулируются медицинской этикой и правом. В процессе оказания услуг в системе здравоохранения морально-нравственные нормы требуют только таких отношений медицинских работников и пациентов, которые основаны на приоритете пациента, на защите его прав, на информированном сотрудничестве в интересах пациента. Такие отношения отражают специфику маркетинга в здравоохранении, поэтому оказание медицинских услуг носит название оказание медицинской помощи. Медицинская помощь (медицинские услуги) требует материального и финансового обеспечения. Услуги должны оплачиваться по ценам, соответствующим их ресурсному обеспечению, качеству и затратам труда, а также специфике рыночных отношений в здравоохранении и источникам финансирования. В то же время следует иметь в виду, что понятие помощь может иметь и иную человеческую специфику. Помощь может быть основана не на рыночных отношениях, а на отношениях дружбы, сочувствия, сострадания, симпатии. Помощь может оказываться кому-либо по мере сил и возможностей без расчетов на возмещение. В рыночной экономике термин "помощь" имеет ограниченное применение, используется в сфере благотворительности, а наиболее употребительным является термин - "обслуживание".

При организации маркетинговой деятельности производится подробный анализ тех частей, которые имеют больший потенциал в части лучшего обслуживания, создаются планы по производству и продвижению продукта до конечного потребителя. Часто компании используют стратегию микс- маркетинга, при которой осуществляется воздействие на спрос через товар, его стоимость, каналы распределения и методы продвижения.

Выводы. В современном конкурентном мире некоммерческим организациям также необходимо изучать и применять маркетинговые подходы, так как потребители их товаров и услуг могут выбирать между различными конкурирующими организациями.

Между маркетингом в сфере услуг и некоммерческим маркетингом много общего, поскольку многие некоммерческие организации культуры, образования, здравоохранения связаны с услугами. Маркетинг услуг может быть, как коммерческим, так и некоммерческим: ориентироваться или не ориентироваться на прибыль. Маркетинг услуг может осуществляться правительством, государственными организациями, общественными и частными организациями.

Для удовлетворения основных потребностей населения в медицинском обслуживании необходима целевая комплексная программа, учитывающая все необходимые товары медицинского назначения.

## ДИФFUЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Эрметов А.Т., Эшбобоев Ф.Ю., Ли Д.Х.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Термин «диффузное аксональное повреждение» (ДАП) был предложен в

1982 г. J.H. Adams и соавт. Они подразумевали под ним локальные разрушения в мозолистом теле и их эволюцию. ДАП также было определено как «диффузная дегенерация белого вещества». Для определения ДАП использовали термины: «режущее повреждение», «диффузное режущее повреждение белого вещества», «внутричерепная травма». По данным National Institute of Health Traumatic Coma Data Bank (США), частота ДАП составляет 28 -55% от всей тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Летальность при различных степенях тяжести ДАП колеблется от 47 до 70%. Диффузное аксональное повреждение является причиной смерти 35% пострадавших тяжелой ЧМТ. По данным статистики(США, 2008г.) ДАП является причиной смерти 26.000 пострадавших ежегодно, а от 20.000 до 45.000 пациентов страдают от его значительных физических и нейроповеденческих последствий (функциональной дезадаптации). Ежегодно в США на лечение пациентов с ДАП и тяжелой ЧМТ тратится более 25 млрд. долларов. В Узбекистане, несмотря на сохраняющийся высокий уровень черепно-мозговых травм при дорожно-транспортных происшествиях, диагноз ДАП верифицируется достаточно редко.

Клинический пример. Больной М. 39 лет. доставлен бригадой скорой помощи в ТОФ РНЦЭМП. Состояние пациента крайне тяжелое. Как стало известно из анамнеза заболевания, больной попал в ДТП, находясь в машине, которая несколько раз перевернулась. При осмотре в приемном отделении: больной без сознания. Кожа и видимые слизистые бледной окраски, множественные ссадины конечностей, отеков нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 57 в минуту, артериальное давление 90/50 мм.рт.ст. Частота дыхательных движений (ЧДД) до 30 в минуту. Живот при пальпации мягкий. В неврологическом статусе: степень угнетения сознания – кома-2, менингеальных знаков нет. Со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН): зрачки D=S, содружественно плавающие. Фотореакции отсутствуют; на пальпацию тригеминальных точек больная не реагирует; легкая ассиметрия носогубных складок; язык во рту по средней линии. Активные движения в конечностях отсутствуют, мышечный тонус несколько повышен. Миотатические рефлексы без четкой латерализации сторон, оживлены. Патологические стопные рефлексы: симптомы Бабинского с двух сторон. Чувствительных и координационных нарушений выявить не представляются возможным. Со стороны вегетативной нервной системы: красный дермографизм, гипергидроз. Учитывая вышеизложенное, больной был выставлен диагноз: Тяжелая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Больной был госпитализирован в реанимационное отделение, где переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). По данным МСКТ головного мозга: увеличение объема мозга со сдавлением боковых и III желудочков, признаки отека головного мозга. Консультирована нейрохирургом, выставлен диагноз: «Ушиб головного мозга тяжелой степени». Была назначена адекватная медикаментозная терапия. На фоне проводимого лечения больная пришла в сознание спустя 72 часов после аварии. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые

нормальной окраски, отеков нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. ЧСС 68 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Дыхание самостоятельное. ЧДД 20 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание по катетеру, диурез адекватный. В неврологическом статусе: менингеальных знаков нет, речь дизартричная. Больной дезориентирован в пространстве, времени и месте, ретроградная амнезия. Со стороны ЧМН: зрачки d=s, фотореакции вялые, язык по средней линии, точки выхода тройничного нерва при пальпации безболезненны. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечный тонус повышен. Миотатические рефлексы S=D, легкая гиперрефлексия. Из патологических рефлексов – двухсторонний рефлекс Бабинского. Уточнить чувствительные нарушения не предоставляется возможным, грубая дисметрия при выполнении координационных проб, лежа в постели. Спустя два дня больной было проведено МРТ исследование головного мозга. На серии томограмм: увеличение объема мозга со сдавлением боковых и III желудочка, субарахноидальных конвекситальных пространств, а также цистерн основания мозга, мелкоочаговые геморрагии в белом веществе полушарий мозга, мозолистом телом. В правой лобной области – гигрома размером 1274 мм. Данные МРТ соответствуют классическим проявлениям ДАП. В данной ситуации больной был выставлен заключительный диагноз: «ЗЧМТ. УГМ. Диффузное аксональное повреждение».

**Заключение.** При диагностике ДАП следует принимать во внимание как характер травмы

(резкое ускорение, либо торможение головы, что приводит к натяжению и разрыву аксонов, например, в момент ДТП), длительность коматозного состояния (возможность уточнения степени тяжести повреждения), клинические проявления (преимущественно – клиника повреждения мозолистого тела и ствола головного мозга), так и данные МРТ (мелкоочаговые геморрагии в белом веществе полушарий мозга, мозолистом теле, а также в подкорковых и стволовых структурах, наличие гигром в лобных областях), позволяющие достоверно выявить характерные изменения в веществе головного мозга для данной патологии.

## **ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Эрметов А.Т., Маматкулова Н.Б., Кодиров А.З.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Своевременная диагностика атеросклероза, его профилактика и лечение могут существенно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, однако ранее выявление атеросклеротических поражений до настоящего времени не внедрено в широкую клиническую практику. Наряду с проведением коронароангиографии (КАГ) больным с мультифокальным атеросклерозом (МФА) дополнительным критерием наличия системного атероматоза можно считать гетерогенность клинической картины, указывающую на наличие коронарной ишемии в сочетании с симптомами, характерными для церебрального атеросклероза и ишемического поражения нижних конечностей. Считается, что пациенты с диабетом чаще страдают от ИБС. Это означает, что у них повышен риск сердечного приступа. Глобальные профилактические меры по снижению риска ИБС включают понижение показателей ЛПНП - фракции, диету, физические упражнения и пристальное внимание

к артериальному давлению. Также используют доступные методы ультразвуковой визуализации раннего развития ремоделирования магистральных сосудов и камер сердца. В клинической практике основное внимание уделяется локальным проявлениям атеросклеротического процесса в манифестирующем артериальном бассейне, тогда как поражения сопутствующих сосудистых регионов остаются без должной диагностической оценки. Раннее выявление гемодинамического ремоделирования сонных артерий и камер сердца ультразвуковым методом с учётом гетерогенной симптоматики МФА необходимо для своевременной оценки риска развития острых васкулярных событий и эффективного выбора соответствующих диагностических стратегий.

Цель исследования - изучение влияния пола и статинов на уровень липидов в крови у больных с острыми формами ИБС, ЭХО-КГ показателей и данных дуплексного сканирования ОСА и ВСА этих больных в остром периоде заболевания, обследование пациентов на предмет мультифокального атеросклероза и изучение приверженности больных, перенёсших ранее операции АКШ и стентирование КА, к приёму статинов.

Материалы и методы. В материал исследования вошли 50 больных, среднего (45-59) и пожилого возраста (60-71) находившихся на стационарном лечении в реанимационном отделении интенсивной терапии ТОФ РНЦЭМП с 2022 по 2023 гг. с диагнозами ОИМ, ОКС и нестабильная стенокардия. Основную группу составили 20 (40,0%) больных, которые регулярно принимали статины. Контрольную группу составили 30 (60%) больных не принимающие статины на регулярной основе. Больные женского пола составили 16 (32,0%) больных, а мужского 34 (68,0%) больных. Исследованы анамнестические данные, влияние пола и статинов на уровень липидов в крови у данных больных. Проанализированы анамнестические данные, биохимические показатели липидного спектра, ЭХО-КГ исследования сердца и дуплексного сканирования сонных артерий произвели 9 (18,0%) больным с целью выявления ремоделирования сонных артерий. У женщин контрольной группы пожилого возраста чаще были повышены показатели ЛПНП, ЛПОНП, ОХ и ИА. По данным ультразвуковой визуализации ОСА и ВСА больных контрольной и основной группы были выявлены признаки атеросклеротических изменений сонных артерий. По данным ЭХО-КГ были выявлены увеличения толщины стенки ЛЖ, как признак гипертрофии ЛЖ, а также митральная регургитация 1 степени, снижение фракции выброса на фоне снижения общей сократимости ЛЖ. Из анамнеза 4 (8,0%) больным ранее проведены операции АКШ, 7 (14,0%) больным – стентирование КА. Среди них 10 (2,8%) больных из основной группы, 1 (2,0%) больной - контрольной группы. Дуплексное сканирование и ЭХО-КГ проводились на аппарате Mindray Consona N9, в режимах В, М CW, PV и D. Изучались такие показатели как степень стеноза БЦА и ОСА, ПП (размер правого предсердия), ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки), ТЗСЛЖ (толщина задней стенки ЛЖ), ФВ (фракция выброса), КДР (конечно диастолический размер) и КСР (конечно систолический размер), размер аорты (Ao), признаки нарушения сократимости сердца и доплеровское ЭХО-КГ исследование внутрисердечной гемодинамики. Сравнены данные липидного состава крови женщин и мужчин, а также женщин среднего и пожилого возраста основной и контрольной группы. Исследованы анамнестические данные, влияние пола и статинов на уровень липидов в крови у данных больных. Проанализированы анамнестические данные, биохимические показатели липидного спектра, ЭХО-КГ исследования сердца и дуплексного сканирования сонных артерий произвели 9 (18,0%) больным с целью выявления ремоделирования сонных артерий. У женщин контрольной группы пожилого возраста чаще были повышены показатели ЛПНП, ЛПОНП, ОХ и ИА. По

данным ультразвуковой визуализации ОСА и ВСА больных контрольной и основной группы были выявлены признаки атеросклеротических изменений сонных артерий. По данным ЭХО-КГ были выявлены увеличения толщины стенки ЛЖ, как признак гипертрофии ЛЖ, а также митральная регургитация 1 степени, снижение фракции выброса на фоне снижения общей сократимости ЛЖ.

Результаты и обсуждение. У женщин и мужчин среднего возраста основной группы показатели ЛПНП, ЛПОНП, ОХ и ИА не имели значимых различий. В обеих группах был повышенный уровень ИА и ЛПОНП. Различия в показателях липидограммы между женщинами среднего и пожилого возраста основной группы не было и были в пределах нормальных значений, за исключением ЛПОНП. Они были высокими в обеих группах. Однако показатели липидограммы пожилых женщин контрольной группы были сильно повышены в отличие от женщин и мужчин среднего возраста, пожилого возраста мужчин, а также пожилого возраста женщин основной группы. Вероятно это связано с низким уровнем эстрогенов в крови у женщин пожилого возраста и не использованием гиполипидемических препаратов на регулярной основе. У мужчин пожилого возраста в основной группе показатели липидограммы были ниже чем у пожилых мужчин контрольной группы. По результатам исследования определено, что в крови у больных ИБС принимающих статины уровень ИА, ЛПНП, ЛПОНП и ОХ значительно ниже, чем у больных не принимающих статины регулярно. Значимых различий в уровне ИА, ЛПНП, ЛПОНП и ОХ в крови у больных женского и мужского пола контрольной группы, выявлено не было. 9 (18,0%) больных: 2 (4,0%) больных из основной группы, 7 (14,5%) больных из контрольной группы, проведено дуплексное сканирование БЦА и ОСА. Оценено степень поражения ОСА и ВСА атеросклерозом. У всех обследованных больных было выявлено атеросклеротические изменения в ОСА и ВСА. По данным ЭХО-КГ были получены достоверные различия по размерам толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) среди женщин среднего и пожилого возраста - 0,9/1,22 см, а также а диаметре ЛП- 3,75/ 4,15. Остальные показатели УЗИ значимо не отличались. Было исследовано приверженность больных перенёсших операцию АКШ и стентирования КА к приёму статинов. Они по сравнению с контрольной группой принимали статины регулярно и длительно.

Заключение. Учитывая высокие показатели липидограммы у пожилых женщин контрольной группы по сравнению с женщинами и мужчинами среднего возраста, а также пожилого возраста женщин основной группы, а также значимо низкие показатели ИА, ЛПНП, ЛПОНП и ОХ в крови у больных основной группы по сравнению с контрольной, рекомендовано регулярный приём статинов гиполипидемической целью и профилактики прогрессирования атеросклероза. Наличие атеросклеротических бляшек в БЦС и сонной артерии больных острыми формами ИБС, а также анамнестические данные об АКШ и стентирование КА указывает на мультифокальность поражения крупных артерий атеросклерозом.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИАЗОЙ БОЛЬНЫМ С ЭЛИВАЦИЕЙ ST СЕГМЕНТА

Эрметов А.Т., Тасбауов Б.К.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность: Неопровержимым является то, что ранняя тромболитическая терапия (ТЛТ) стрептокиназой улучшает результаты выздоровления больных с подъемом сегмента ST. К сожалению, эти больные, как правило, поступают в стационар в сроки более 6 часов. В литературе обсуждается тема проведения ТЛТ в более поздние сроки после приступа. Несмотря на наличие у специализированных бригад 103 ЭКГ аппаратов, дефибриляторов, имеющийся полный набор лекарственных препаратов, в том числе стрептокиназы, на этапе транспортировки в большинстве случаев не выполняются стандарты оказания медицинской помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС), ведущим к трансформации в инфаркт миокарда (ИМ)

Цель исследования. Оценить эффективность применения стрептокиназы в различные сроки возникновения ОКС.

Материалы и методы: Нами была изучена эффективность применения ТЛТ с применением стрептокиназы у 21 (100%) больного с ОКС в зависимости от сроков госпитализации. В сроки до 6 часов поступило 6 (28,5%) больных, в сроки 6- 12 часов 11 (52,4%), в сроки более 12 часов - 4 (19%) больных. Возраст больных составил от 40 до 65 лет. У 8 (38%) больных, на момент поступления, наблюдался кардиогенный шок. Всем больным вводилась стрептокиназа в стандартной дозировке. Селективного введения не проводилось. Эффективность ТЛТ оценивалась по срокам снижения высоты сегмента ST до изолинии от исходного уровня или трансформацию в ИМ. Больные находились под постоянным кардиомониторированием.

Результаты и обсуждение. Из 6 (28,5%) больных, поступивших в сроки «золотого часа» от момента возникновения ОКС до проведения ТЛТ у 5 (83,3%) больных снижение сегмента ST до изолинии произошло в сроки от нескольких минут до суток. У 1 (16,6%) больного произошла трансформация в ИМ. У этого больного в анамнезе был перенесенный инфаркт. Из 11 (52,3%) больных второй группы, лишь у 1 (9%) больного удалось добиться не стойкого, временного, снижения высоты сегмента ST. В последствии у этого больного произошла трансформация элевации сегмента ST в ИМ. У всех больных 3 группы ТЛТ стрептокиназой оказалась не эффективной. Трансформация ОКС в ИМ у этих больных произошла в сроки до 9 часов.

Заключение. Достоверно эффективным является проведение ТЛТ стрептокиназой в сроки до 6 часов с момента возникновения ОКС, по типу «чем раньше, тем лучше». Проведение ТЛТ в более поздние сроки является не эффективным в связи с длительной окклюзией коронарных артерий и образованием очага инфаркта в миокарде. Необходимо наладить тренинги специализированных кардиологических бригад по применению стрептокиназы при ОКС.

## **АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

**Эрметов А.Т., Махмуров А.М.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского  
научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Проблема хирургического лечения внутрисуставных переломов коленного сустава на сегодняшний день является одна из актуальных проблем в современной травматологии, которая обусловлена тем, что частота возникновения переломов зависит не только от этого, но и от различных осложнений после лечения переломов. В последние годы наблюдается увеличение частоты внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости, эти переломы составляют до 10% внутрисуставных переломов опорно-двигательного аппарата, от 2% до 5% от общего числа переломов, до 30% переломов голени, это означает что эта проблема чрезвычайно актуальна. При травмах костей, связанных с коленными суставами, эти переломы составляют 29,4%, переломы бедра - 5,2%, а переломы коленной чашечки - 65,4%. В то же время следует отметить, что перелом наружного мыщелка большеберцовой кости может произойти в 55-70% случаев, в то время как перелом внутреннего и обоих мыщелков может наблюдаться в 10-30% случаев. Этот перелом сопровождается присоединением элементов мягких тканей сустава в большинстве случаев, когда поверхности перелома расположены внутри сустава. Нарушение целостности поверхности коленного сустава приводит к утяжелению повреждения и более длительному процессу восстановления. Часто наблюдаются переломы коленного сустава, которые в конечном итоге приводят к перерастяжению регенерирующей ткани, что, в свою очередь, приводит к нарушению целостности суставной поверхности и изменению формы сустава, это часто приводит к контрактуре коленного сустава и деформирующему остеоартрозу. Скопление крови в суставе приводит к появлению рубцов и спаек, даже может осложняться контрактурами в суставе. Сложность переломов коленного сустава обусловлена сложностью репозиции костных отломков и стабильной фиксации костных фрагментов. Неудовлетворительные результаты и показатели нетрудоспособности увеличиваются из-за неправильного выбора метода лечения и сложности диагностики внутрисуставных переломов коленного сустава. При диагностике переломов внутрикленного сустава первоначально проводится рентгенография в стандартных проекциях. Из методов обследования суставов МСКТ и МРТ-исследования используются для диагностики мягких тканей сустава (менисков, крестообразных связок) с указанием направления линий перелома внутрисуставных переломов и смещений. В настоящее время необходимо использовать высокотехнологичные малоинвазивные методы при лечении внутрисуставных переломов коленного сустава. Артроскопия коленного сустава позволяет дополнить вышеуказанные методы диагностики. Сегодня во многих местах используется метод обширной артротомии, но при таком способе сустав раскрывается крупно, мягкие ткани внутри сустава получают дополнительную травму, что, в свою очередь, отмечаются увеличение гнойных осложнений, контрактур, продлевает реабилитационный период и увеличивает общую нетрудоспособность. Артроскопическое лечение этих переломов до сих пор широко не распространено. Таким образом в нашу задачу входит, улучшить результаты и эффективность хирургического лечения пациентов с данным видом травмы, восстановить целостность и форму поверхности коленного сустава, предотвратить развитие послеоперационных

рубцов, предотвратить контрактуры и артрозы суставов, сократить реабилитационный период и убедиться, что пациенты ходят без боли и возвращаются к трудовой деятельности.

Цель исследования - внедрение современного метода лечения внутрисуставных переломов большеберцовой кости для профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: В материал исследования вошли 18 больных с внутрисуставными переломами большеберцовой кости, находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанной травмы с нейрохирургией ТОФ РНЦЭМП в период за 2023 гг. В зависимости от механизма повреждения с внутрисуставными переломами большеберцовой кости: дорожно-транспортные происшествия – 7 (38,8%) больных, спортивные травмы – 3 (16,6%) больных, при падении с высоты – 8 (44,4%) больных. Следует отметить, что основную часть пациентов, пролеченных с переломами мыщелков большеберцовой кости, составили те, кто получил травму в результате дорожно-транспортных происшествий и падения с высоты. Всем пациентам были проведены рентгенологические исследования, МСКТ и МРТ, а также артроскопия. Пострадавшие госпитализированы в центр с жалобами на припухлость в коленном суставе, боль, деформацию, ограничение движений коленного сустава. У 12 (66,6%) больных диагностированы повреждения мениска среди костных фрагментов, у 10 (55,5%) больных - внутренний мениск, у 2 (11,1%) больных - разрыв переднего рога наружного мениска и частичная менискэктомия. У 1 (5,5%) больного отмечалось повреждение передней крестообразной связки и проведена двухэтапная операция, первая из которых является остеосинтез переломов. После сращения костных отломков вторым этапом была выполнена аутопластика переднего крестообразной связки коленного сустава. Под контролем артроскопа всем больным произведена репозиция и остеосинтез спонгиозными винтами, наложена постоянная гипсовая повязка на 14 дней, с дальнейшим упражнением на сгибание коленного сустава.

Результаты и обсуждение. При изучении отдаленных и непосредственных результатов лечения 18 пациентов с переломами мыщелка большеберцовой кости, положительные результаты наблюдались у 17 (94,4%) больных, удовлетворительные - у 1 (5,5) больного. Положительные результаты лечения больных оценивались по таким критериям, как сгибание коленного сустава, устойчивость во фронтальной плоскости, отсутствие болей при ходьбе.

Заключение. Малоинвазивное хирургическое лечение переломов мыщелка большеберцовой кости выполненное под контролем артроскопа, позволяет полностью увидеть костные фрагменты, изменения мягких тканей и внутреннего состояния сустава, максимально контролировать точность репозиции. После операции не остаются рубцы на коже, нет послеоперационных гнойных образований, снижается риск осложнений. Коленный сустав фиксируется гипсовой повязкой на короткий период времени. Предотвращаются ограничения движений и контрактуры, сокращаются дни пребывания больных в стационаре, а в результате ранней реабилитации больные вскоре возвращаются к трудоспособной деятельности.

## ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Эрметов А.Т., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Множественные переломы костей опорно-двигательного аппарата, наряду с сочетанными и комбинированными повреждениями, относятся к большой группе травм-поли травм. В числе ранних осложнений при тяжелых множественных и сочетанных переломах костей конечностей, в первую очередь, следует отметить осложнения, связанные с нарушениями реологических свойств крови: синдром жировой эмболии, тромбозы вен нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии, сосудов головного мозга. Множественные переломы чаще всего сопровождаются травматическим шоком, тромбозом глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), жировой эмболией (ЖЭ). Среди основных причин летальных исходов на ранних стадиях развития травматической болезни многие авторы отмечают синдром жировой эмболии, тромбоз вен нижних конечностей, тромбоэмболию легочной артерии. Наиболее частыми осложнениями при переломах костей нижних конечностей являются ложные суставы и несросшиеся переломы длинных костей (23,2%), развитие остеомиелита (0,4-22,4%). При открытых переломах эти осложнения составляют около 27,0%. В последние годы удельный вес пациентов с множественными переломами костей нижних конечностей и сочетанными повреждениями составляет до 25 -28 % от общего числа травматологических больных составляет 6,6 % -от 75,5%. По данным ВОЗ, в структуре общей летальности, смертность от политравмы занимает третье место.. ” после летальности от онкологических и сердечно сосудистых заболеваний, а в группе мужчин в возрасте от 18 до 40 лет политравма является основной причиной смертельных исходов. Разрабатываются различные способы внешней фиксации отломков костей, в том числе различные оригинальные и усовершенствованные модификации аппарата Илизарова, спице-стержневые аппараты и блокирующие пластины внешней фиксации. Необходимо отметить, что, несмотря на значительные достижения медицинской науки, решение многих проблем миниинвазивной технологии остеосинтеза в периоде ранней реабилитации остаются актуальными проблемами.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей путем оптимизации комплексной диагностики и малоинвазивных методов внешней и внутренней фиксации.

Материал и методы. Материал исследования составили 220 больных с множественными переломами длинных костей нижних конечностей в Ташкентском областном филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией за период с 2016 по 2022 гг. Из них мужской пол составил - 180 (82%) пациентов, женский пол составило 40 (18,2%) больных. Средний возраст больных составил  $40,5 \pm 11,9$  года. Из общего числа пострадавших у 187 наблюдался травматический шок, у 160 (85,6%) – I-II степени. В состоянии тяжелого шока или в терминальном состоянии находились 20 (10,7%) больных. Наиболее часто наблюдался перелом костей бедра и голени 108 (24,5%) больных, костей голени у 166 (37,7%) больных и бедренной кости у 30 (6,8%) больных. У подавляющего числа (153 – 69,5%)

больных были закрытые переломы, открытые переломы отмечались у 67 (30,5%) пострадавших. Тяжесть открытых переломов оценивали по классификации А.В. Каплана, О.Н. Марковой (1975). Согласно этой классификации, наиболее часто у пациентов встречались повреждения I (26 – 38,8%) и II (23 – 34,3%) типа. Несколько реже регистрировались повреждения III (18 – 26,9%) типа. У 170 пациентов переломы сочетались повреждением других сегментов в следующем порядке: черепно-мозговая травма - 78 (45,9%) больных, переломы плечевой кости - 16 (9,4%) больных, 10 (5,9%) больных. Перелом позвоночника 18 (10,6%) больных, переломы ключицы - 6 (3,5%) больных, Перелом костей таза - 12 (7 %) больных, перелом пяточных костей - 14 (8,2%) больных, перелом надколенника - 8(4,7%) больных, переломы ребер - 8 (4,7 %) больных. Жировая эмболия смешанной формы наблюдалась у 28 (12,7%) больных, преимущественно (71,4%) больных на 2-3-е сутки после поступления. У 33 (15,0%) больных, в основном с переломами костей голени и сочетанными переломами костей голени и бедренной кости, чаще на 2-6-е сутки развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Анализ особенностей оказания медицинской помощи показал, что более половины (55,9%) больных оперированы на 2-6-е сутки, почти треть (30,9%) больных на 7-10-е сутки после госпитализации. Анализ особенностей оказания медицинской помощи показал, что более половины (55,9%) больных оперированы на 2-6-е сутки, почти треть (30,9%) – на 7-10-е сутки после госпитализации. Средний срок остеосинтеза после травмы составил 27 дней. Средний срок стационарного лечения – 14 дней. После проведения стандартного клинико-лабораторного обследования при отсутствии противопоказаний выполняли остеосинтез различными методами лечения. У 43 (19,5%) больных из 220 пациентов методом выбора стало консервативное лечение переломов (гипсовой повязкой). Хирургическое лечение (у 177 – 80,5%) больных заключалось в применении различных методов аппаратов внешней фиксации на основе спицы и стержней. Из 147 пострадавших аппарат Илизарова был установлен у 54-х (36,7%) больных, аппараты внешней фиксации в нашей модификации (АВФм) – 48 (32,7%), БИОС – 12 (8,2%), БИОС+АВФм – 15 (10,2%), на костный остеосинтез – 18 (12,2%). Выбор методов лечения, зависели от локализации, количества и характера переломов, а также срока получения травмы.

Результаты и обсуждение. Из 147 пациентов, которым было проведено оперативное лечение у 30 (20,4%) наблюдались ранние осложнения в следующем порядке: воспаление мягких тканей вокруг спиц и стержней, некроз кожи вокруг ран, миграция фиксатора, избыточная длина блокирующих винтов, перелом фиксатора, миграция дистальных винтов, перелом стержня на фоне срастающегося перелома и пролежни. При появлении признаков воспаления (боль в области спицы, отек, гиперемия, повышение температуры, как местной, так и общей) назначались антибиотики для обкалывания мягких тканей вокруг спиц. Вторичное смещение костных отломков после остеосинтеза аппаратами внешней фиксации наблюдалось у 6 пациентов, из них у 5 пациентов с переломами костей голени и у одного с переломом бедренной кости. Причинами вторичного смещение костных отломков являлось несоблюдение правил чрескостного остеосинтеза при выполнении операции, наложении аппарата внешней фиксации и проведении спиц через кость, а также недостаточное их количество для создания жесткой фиксации в аппарате внешней фиксации. Ослабление фиксации конца основных репонирующих спиц, стержней или их переломы были основными причинами повторного смещения отломков. Хорошими 81 (55,1%) результатами считали отсутствие после окончания лечения жалоб, восстановление анатомической формы и функции поврежденной конечности, возвращение пострадавшего к прежней деятельности. К удовлетворительным 57

(38,8%) больных отнесли результаты, когда у пациентов оставались жалобы на непостоянные боли в поврежденной конечности, периодическую утомляемость, вынужденное использование дополнительной опоры (костыля, трости) при длительной ходьбе.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ исходов оперативного лечения пациентов с множественными переломами нижних конечностей показал, что в отдаленном периоде количество хороших результатов было получено у пациентов лечившихся аппаратами внешней фиксации (90,5%) больных и комбинации их с малоинвазивными современными методами (83,3%) больных.

## **АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Эрметов А.Т., Олимова А.К., Эшолиев Д.Б.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Сахарный диабет - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушений секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД инициирует или усугубляет дисфункцию и недостаточность органов-мишеней, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. Сахарный диабет и стрессиндуцированная гипергликемия - два совершенно разных состояния, различающиеся этиологией, патогенезом, клиническим течением, прогнозом и исходом. Их дифференциальная диагностика заключается в определении уровня гликированного гемоглобина, который при стрессиндуцированной гипергликемии не превышает норму. К диагностическим критериям СД относят: 1. Уровень глюкозы крови натощак более 7 ммоль/л. 2. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) более 6%. 3. Уровень глюкозы крови более 11,1 ммоль/л через 2 ч после оральной углеводной нагрузки. Важнейшей задачей предоперационного периода является адекватное управление СД, т. е. поддержание уровня гликемии на требуемом уровне. На современном этапе он определен в пределах 6 - 10 ммоль/л. У кардиохирургических больных, при инфаркте миокарда, неврологических заболеваниях стремятся к достижению уровня глюкозы менее 7,8 ммоль/л, но не ниже 3,9 ммоль/л. Целевой уровень HbA1c ниже 7%. Если он выше 8,5%, операцию откладывают для дальнейшей подготовки пациента. В экстренных ситуациях рекомендуется коррекция гликемии введением простого инсулина в режиме малых доз путем его непрерывной внутривенной инфузии инфузوماتом. Эта технология имеет очевидные преимущества перед подкожными инъекциями инсулина. Хирургические вмешательства малого объема (амбулаторные, выполняемые под местной анестезией) не требуют принципиальных изменений сахаропонижающей терапии, если у пациентов, страдающих СД, на фоне диеты и небольших доз таблетированных антидиабетических препаратов уровень глюкозы крови натощак и в течение дня меньше 7 ммоль/л, а HbA1c ниже 6,5%. Актуальность проблемы, обусловлена не только распространенностью СД и частой необходимостью проведения операции пациентам, страдающим этим заболеванием, но и формированием нового направления в эндокринной хирургии. Оно заключается в хирургическом лечении СД 2-го типа. Развитие метаболической хирургии повлечет за собой появление новых анестезиологических проблем, которые нам придется решать в обозримом будущем.

**Целью исследования** - является поддержание оптимального уровня сахара в крови во время операции.

**Материал и методы.** Современная анестезия затемняет или извращает клинические симптомы гипогликемии. Его важные клинические признаки со стороны центральной нервной системы, такие как возбуждение, судороги, кома и т. д. Катехоламиновая реакция, которая возникает в ответ на гипогликемию и характеризуется тахикардией и умеренной гипертензией и под общим наркозом, может сопровождаться сердечно-сосудистой депрессией в виде гипотонии и брадикардии. Снижение уровня сахара в крови во время операции облегчается применением больших доз анестетиков или их длительным введением из-за продолжительности операции. Ингаляционные анестетики увеличивают концентрацию сахара в крови. Виадрил существенно не влияет на уровень инсулина в плазме и эритроцитах. Барбитураты увеличивают количество инсулина в клетках. Кетамин стимулирует функцию поджелудочной железы, но в то же время увеличивает потребность тканей в инсулине. Местные анестетики, закись азота, наркотические анальгетики, дроперидол, седуксен, оксибутират натрия оказывают минимальное влияние на углеводный обмен. В связи с этим в настоящее время у больных сахарным диабетом предпочтение отдается различным вариантам тотальной внутривенной анестезии и регионарным методам. Для кратковременных, малотравматичных экстракавитальных операций успешно применяется местная анестезия. При необходимости, особенно у эмоционально лабильных пациентов, он может быть усилен нейролептанальгезией. При операциях на нижних конечностях и органах малого таза широко применяется эпидуральная и спинальная анестезия. При их проведении не следует забывать о большой предрасположенности больных сахарным диабетом к инфекционным осложнениям, поэтому пункцию и катетеризацию соответствующих пространств следует проводить в условиях исключительной стерильности. Сосудосуживающее действие этих препаратов усугубляет нарушения микроциркуляции и нарушает кровоснабжение внутренних органов, а также нервов, что усиливает невропатию. Инфузионная терапия во время операции, помимо переливания растворов глюкозы, включает возмещение хирургической кровопотери, коррекцию водно-электролитных нарушений. Следует помнить, что коллоидные заменители плазмы - производные декстрана (полиглюкин, полифер, реополиглюкин), используемые для компенсации хирургической кровопотери, расщепляются до глюкозы. Их переливание в больших объемах может спровоцировать тяжелую гипергликемию у пациентов с сахарным диабетом. Использование раствора Гартмана или растворов лактатного типа Рингера нежелательно, поскольку глюкоза синтезируется в печени из содержащегося в них лактата, что может привести к гипергликемии. Целесообразно отдавать предпочтение производным желатина.

**Результаты и обсуждение.** Спинные, эпидуральные или другие регионарные блокировки модулируют секрецию катаболических гормонов и инсулина. Кроме того, региональные методы позволяют пациенту оставаться в сознании и снижают реакцию на хирургический стресс. Регионарная анестезия также уменьшает кровопотерю и снижает риск тромбоземболии. Тем не менее, есть некоторые недостатки выполнения нейроаксиальной блокады у пациентов с диабетом, такие как сердечно - сосудистая нестабильность и возможное обострение периферической невропатии из-за того факта, что нервные волокна у пациентов с диабетом могут быть более восприимчивы к анестезирующей токсичности. Эта повышенная восприимчивость может быть результатом нервов у пациентов с диабетом, подвергающихся воздействию более высоких локальных концентраций анестетиков из-за нарушения кровотока, и

усугубляется тем фактом, что нервы уже склонны к хронической ишемической гипоксии. Пациенты с диабетом I типа требуют постоянного уровня инсулина и могут считаться кандидатами на жесткий контроль уровня глюкозы в крови (80-110 мг/л). Пациенты с сахарным диабетом 2 типа имеют эндогенный инсулин, и современные данные подтверждают концепцию, что они не получают такой же жесткий контроль, если они не находятся в реанимации. Целесообразно контролировать уровень глюкозы (<150 мг/л) у пациентов, у которых развивается острая гипергликемия или у которых есть диабет, и которые подвергаются риску острого инфаркта миокарда и подвергаются сосудистому или большому несердечному операция. с плановым поступлением в отделение интенсивной терапии. Поддержание уровня глюкозы до <180 мг/л, является подходящей целью. Тем не менее, лечение диабетиков таким агрессивным способом с помощью инсулина требует рассмотрения других потребностей и повышенного риска гипогликемии. При реализации этого протокола пациент должен быть готов принять как острые, так и долгосрочные вмешательства, чтобы полностью улучшить свои перспективы.

**Заключение.** Эндокринные нарушения должны быть выявлены и оценены до операции. Диабет поражает системы многих органов и предоперационные последствия диабета могут быть серьезными. Предоперационное лечение должно основываться на типе диабета, дисфункции конечных органов и желаемой степени предоперационного контроля уровня глюкозы.

## **ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ**

**Эрметов А.Т., Усаров Х.Р., Кодиров Р.С.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи**

**Актуальность.** Переломы костей голени у детей являются одними из наиболее частых повреждений и составляют 21,3 - 37% всех травм и более половины всех переломов костей нижней конечности. Диафизарные переломы костей голени у детей составляют 8,1–36,6% всех переломов длинных костей. Остается актуальной проблема выбора рациональной лечебной тактики, способа оперативного лечения при диафизарных переломах костей голени у детей. Предлагается выбор тактики, способа лечения, как и у взрослых, определять локализацией, видом перелома, характером и степенью смещения фрагментов, возрастом пациента, но при этом не учитываются анатомические особенности детского организма, степень риска, травматичности, оперативного вмешательства. При стабильных (поперечных) диафизарных переломах костей голени без смещения или со смещением фрагментов после закрытой репозиции производится иммобилизация глубокой гипсовой лонгетой. При нестабильных (косых и винтообразных) переломах накладывается скелетное вытяжения или производится чрескостная фиксация костных фрагментов спицами, с последующей иммобилизацией конечности гипсовой лонгетой. В настоящее время ведущими методами оперативного лечения переломов костей голени являются погружной (накостный, внутрикостный) и внеочаговый спицестержневой чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации [АВФ]. Накостный остеосинтез пластиной позволяет провести открыто точную репозицию фрагментов, но не всегда обеспечивает достаточную стабильность к действиям сгибательных сил, поэтому необходима дополнительная внешняя

иммобилизация оперированной конечности. Применение интрамедуллярного остеосинтеза с блокирующей системой (БИОС) при лечении диафизарных переломов костей голени ограничено возрастом и рекомендуется у детей старшего возраста, для его выполнения необходим дорогостоящий специфичный инструмент. Преимуществом этого способа является малая кровопотеря, уменьшение длительности оперативного вмешательства и короткий период реабилитации. В последние годы при лечении диафизарных поперечных, коротких косых и коротких спиральных переломов костей голени у детей используется стабильный интрамедуллярный остеосинтез эластичными гвоздями (TEN). Он характеризуется малой инвазивностью, стабильностью фиксации и высоким процентом сращения. Чрескостный остеосинтез АВФ, отличаясь малой травматичностью, обеспечивает стабильность фрагментов, что позволяет раннюю функцию и нагрузку на конечность, возможность коррекции положения отломков, характеризуется низким количеством послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов. Каждый из современных методов лечения имеет свои преимущества и недостатки, которые необходимо учитывать при лечении диафизарных переломов костей голени. Если при повреждениях внутренних органов при политравме тактика ведения больных достаточно четко определена, то в отношении множественных переломов нижних конечностей, остаются много спорных нерешенных проблем. То есть, несмотря на значительные успехи в лечении множественных диафизарных переломов нижних конечностей у детей с политравмой, нельзя считать проблему полностью решённой. Необходима дальнейшая разработка и широкое внедрение способов ранней оперативной стабилизации костных отломков.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения диафизарных переломов нижних конечностей у детей с политравмой.

Материалы и методы. В материал исследования вошли 65 больных с политравмой, находившихся на стационарном лечении в отделении детской хирургии ТОФ РНЦЭМП в период с 2021 по 2023гг. Все пострадавшие дети при поступлении в приёмно - диагностическое отделение осмотрены травматологом, нейрохирургом, реаниматологом, хирургом и педиатром. Где наряду с интенсивной противошоковой терапией провели комплексное обследование: рентгенография, УЗИ, МСКТ и лабораторные обследование. По тяжести полученной травмы пациенты разделены на три группы. I-я группа средней степени тяжести: переломы бедренной кости, костей голени с одной стороны и закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Шок I степени – 32 (49,2%) больных. II-я группа: тяжелой степени тяжести: переломы бедренной кости, костей голени. ЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, травма грудной клетки с переломами ребер. Шок I-II степени - 26 (40,0%) больных. III-я группа крайне тяжелая степень тяжести: множественные переломы длинных трубчатых костей два и более сегмента, ЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, переломы костей черепа с переходом на основание, внутримозговые гематомы, травма живота. Шок III степени - 7 (10,8%) больных. Хирургическое лечение больных I-й группы включило в себя противошоковая терапия, стабилизация витальных функций. В последствии произведен малоинвазивный остеосинтез по методу ESIN (elastic stable intramedullary nailing) диафизарных переломов бедренной кости и костей голени на 2-5 сутки. Пострадавшим II-й группы, у которых кроме переломов костей были ЗЧМТ, субарахноидальное кровоизлияние, множественные переломы ребер. Им проводили профилактическое лечение жировой и тромбоэмболии, лечение совместно реаниматологом, нейрохирургом, торакальным хирургом. После стабилизации витальных функции, на 6-9-е сутки произведен малоинвазивный остеосинтез по методике ESIN (elastic stable intramedullary nailing). Больным III-й

группы, у которых кроме переломов костей конечностей на МСКТ выявлены вдавленные переломы костей черепа, внутримозговые гематомы, сразу же после противошоковой терапии произведена трепанация черепа с удалением гематомы и гидромы. Малоинвазивный остеосинтез по методике ESIN (elastic stable intramedullary nailing) диафизарных переломов нижней конечностей произведены на 10-13-е сутки после травмы. Отдалённые результаты изучены в сроки от 6 месяца до 2-х лет. Во всех случаях отмечалось сращение переломов с хорошими и отличными результатами лечения.

**Результаты и обсуждение.** Лечение диафизарных переломов костей голени определялись видом и характером перелома, методом лечения, наличием осложнений. При анализе отдаленных результатов лечения мы учитывали степень анатомического и функционального восстановления поврежденной конечности и оценивали их как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Ближайшие результаты лечения прослежены у 65 больных. Отличные и хорошие исходы с восстановлением осевых взаимоотношений и функции были у 47 (72,3%) больных, удовлетворительные - у 18 (27,6%) больных. У всех пациентов получено сращение костей голени. Использование современных методов диагностики с учетом возраста и тяжести травмы позволяет своевременно и точно диагностировать характер диафизарных переломов костей голени и выбрать оптимальный, наименее травматичный метод лечения. Дифференцированный подход к лечению каждого ребенка с переломами костей голени снижает число ошибок и осложнений, улучшает результаты лечения.

**Заключение.** Применение малоинвазивной остеосинтез при множественных диафизарных переломах у детей обеспечивает быстрому восстановлению функциональных возможностей нижней конечностей. Гибкий интрамедулярный остеосинтез по методике ESIN, обеспечивая малоинвазивную стабилизацию поврежденных конечностей, может являться методом выбора лечения детей с политравмой.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА**

**Эрметов А.Т., Хакимов Б.Б., Султонов Ш.У.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

**Актуальность.** Распространенность аппендикулярного инфильтрата (АИ), по разным данным, составляет от 2% до 10%. Заболевание чаще диагностируется у пожилых пациентов, для которых характерна стертая клиническая картина воспаления аппендикса. У женщин осложнение развивается чаще, чем у мужчин. Высокие показатели распространенности аппендикулярного инфильтрата зарегистрированы у детей. Летальность при АИ составляет 0,34 - 0,36%. Патология имеет важное значение для хирургии, поскольку свидетельствует о несвоевременной или неполной диагностике аппендицита. При несвоевременном лечении аппендикулярного инфильтрата есть высокая вероятность развития аппендикулярного абсцесса. При формировании гнояника вокруг воспаленного аппендикса самочувствие резко ухудшается. Наблюдается фебрильная лихорадка с периодами озноба, боли становятся постоянными и очень интенсивными. Такое состояние требует неотложной хирургической помощи, при отсутствии которой у 90 - 95% пациентов возникает перитонит. Среди поздних осложнений аппендикулярного инфильтрата основную роль

играет спаечная болезнь. После перенесенного воспаления формируются перемишки между петлями кишечника, которые нарушают нормальный транспорт каловых масс по кишечнику. Под действием провоцирующих факторов спайки приводят к механической кишечной непроходимости, некрозу участка кишечника.

**Материал и методы.** Изучены и проанализированы результаты обследования и лечения пациентов с подозрением на аппендикулярный инфильтрат, госпитализированных в ТОФ РНЦЭМП с 2022 по 2023 год. С предварительным диагнозом острый аппендицит поступило 28 пациентов. 16 (57,1%) пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия, при этом у 4 (14,2%) больных была выявлена гинекологическая патология и больные продолжили лечение в условиях гинекологического отделения. Тогда как у 8 (28,5%) больных была выявлена другая причина (кишечная колика, мезаденит, колит). Из 28 пациентов в экстренном порядке оперированы 19 (67,8%) человек. При этом срок заболевания составлял от 1 до 4 суток. Среди этих больных катаральный аппендицит был выявлен у 3 (10,7%) больных; флегмонозный аппендицит - у 18 (64,2%) больных; гангренозный – у 7 (25,0%) больных. Возраст больных на момент госпитализации колебался от 16 до 67 лет, составив в среднем (46) лет, для женщин — (49) лет, для мужчин — (43) года. Большинство больных были люди трудоспособного возраста. Длительность заболевания у пациентов с аппендикулярным инфильтратом составила следующие сроки: от 3 до 4 суток - 7 (25%) больных; более 4 суток - 21 (75%) больных.

Особенностью клинического этапа диагностики было уточнение анамнестических сведений длительности заболевания с проявлением онкологической настороженности. С учетом совокупности результатов формировалась дальнейшая диагностическая тактика. При физикальном обследовании у данных больных было выявлено плотное образование и боль с отчетливой локализацией в правой подвздошной области. Лабораторные исследования включали выполнение обязательного общеклинического анализа крови с выявлением уровня лейкоцитов с нейтрофилами (показатели эндогенной интоксикации), биохимического анализа крови, С-реактивного белка, коагулограммы и общего анализа мочи. Неинвазивные инструментальные методы обследования, включали обязательное выполнение УЗИ органов брюшной полости, при котором определялись размеры инфильтрата, исключалось наличие жидкостных образований. Применение контрольных УЗИ в ходе лечения больных с аппендикулярным инфильтратом позволяло определить динамику размеров инфильтрата, при клинических признаках абсцедирования своевременно подтвердить диагноз. Плотный инфильтрат визуализировался у больных в виде образования неправильной формы с неоднородной эхо- структурой за счет гипер- и гипоехогенных зон, отсутствием жидкостных включений и полостных образований. КТ или МРТ выполняли с целью уточнения диагноза при проведении дифференциальной диагностики с опухолями правых отделов толстой кишки, забрюшинного пространства и малого таза. При установленном диагнозе, когда лечебная тактика сформирована, КТ и МРТ не использовали. Ирригоскопию выполняли больным с аппендикулярным инфильтратом в поздние сроки лечения для исключения онкологических и воспалительных (болезнь Крона, дивертикулит) заболеваний правых отделов толстой кишки.

**Результаты и обсуждение.** Анализ проведенного исследования показал, что основной причиной развития аппендикулярного инфильтрата являлось позднее обращение пациентов за медицинской помощью. У больных с подтвержденным диагнозом плотный аппендикулярный инфильтрат длительность заболевания составляла более 72 часов.

В диагностике плотного аппендикулярного инфильтрата данные клинического обследования являлись основными. На основании данных анамнеза (длительность заболевания более 3 суток) и результатов физикального обследования (пальпируемый инфильтрат в правой подвздошной области, отрицательные аппендикулярные симптомы), у 28 пациентов был выставлен предварительный диагноз аппендикулярный инфильтрат, который в ходе последующих инструментальных исследований был подтвержден. Больным с диагностированным плотным АИ оперативное лечение не проводилось, была назначена консервативная терапия. Пациентам назначали антибактериальную терапию цефалоспорины III-IV поколения с метронидазолом в условиях хирургического отделения. В первую неделю назначали местное применение холода до нормализации температуры, затем применяли физиотерапевтические методы. Контроль за эффективностью терапии осуществляли с помощью 4 часовой термометрии, динамики общего анализа крови, УЗИ. В 16 (57,1%) случаях на фоне лечения отмечалась положительная динамика, инфильтрат уменьшился в размере, отмечалась нормализация температуры с субфебрильной до нормальных цифр. При динамическом УЗИ регистрировалось уменьшение размеров инфильтрата. Он постепенно терял свою неоднородность и восстанавливал нормальную структуру участвующих в его формировании образований. У 7 (25,0%) больных на фоне лечения произошло абсцедирование инфильтрата. У данных больных отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, нарастание лейкоцитоза. УЗИ критерием являлась совокупность гипоехогенной инфильтрации тканей с жидкостными прослойками вокруг утолщенного аппендикса и следами жидкости в правой подвздошной области. 19 (67,8%) больных в срочном порядке были оперированы. В 13 (46,4%) случаях выполнено оперативное вскрытие и дренирование аппендикулярного гнойника по Пирогову. В 6 (21,4%) случае гнойник был вскрыт через брюшную полость в связи с медиальным расположением червеобразного отростка.

**Заключение.** Аппендикулярный инфильтрат является локальной формой мезенхимального диспротеиноза, т.е. обратимой стадией дезорганизации соединительной ткани в виде фибриноидного воспаления. Для улучшения дооперационной диагностики необходимо использовать диагностическую лапароскопию, которая позволяет диагностировать наличие острого аппендицита, определить характер инфильтрата и избегать ненужной лапаротомии при плотном инфильтрате. Хирургическая тактика при этом осложнении должна быть строго дифференцированной: в стадии инфильтрата — консервативной, в стадии абсцедирования — оперативной. Аппендэктомия допустима лишь при технически несложных ситуациях. Всем больным после рассасывания аппендикулярного инфильтрата и вскрытия периаппендикулярного абсцесса следует рекомендовать аппендэктомию через 3-4 месяца после выписки из стационара.

## **ПЕРЕКРУТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С НЕКРОЗОМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ**

**Эрметов А.Т., Хаджибаев А.М., Хотамов И.И.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Перекрут желчного пузыря (ПЖП) впервые был описан Венделем (Wendel) в 1898 году как плавающий желчный пузырь. Клиническая частота ПЖП составляет 1 случай на 365 520 госпитализаций, и 85% процентов случаев происходит

в возрасте от 60 до 80 лет с соотношением женщин и мужчин 3:1. Некоторые редкие случаи были описаны в педиатрической популяции уже в возрасте 2 лет. ПЖП характеризуется механическим органо-осевым перекрутом по часовой стрелке или против часовой стрелки вдоль продольной оси желчного пузыря с участием пузырной артерии и пузырного протока. Провоцирующие ПЖП события могут быть механическими и гормональными. К механическим можно отнести: внезапные изменения положения тела, интенсивную перистальтику соседних внутренних органов и тупую травму живота. Также повышенная выработка холецистокинина, приводящая к перистальтике желчного пузыря после жирной пищи, может способствовать перекруту желчного пузыря. Клинические проявления перекрута желчного пузыря сходны с острым холециститом. Низкая частота лихорадки и желтухи, плохой ответ на терапию антибиотиками и острое начало боли в животе могут помочь в дифференциации ПЖП от острого холецистита и холангита. В статье описан случай аномалия развития желчного пузыря – «подвижный» (висячий) желчный пузырь. Отсутствие фиксации желчного пузыря к печени предрасполагала к завороту, некрозу и перфорацию желчного пузыря, которая диагностирована интраоперационно и успешно проведена операция – лапароскопическая холецистэктомия. Анатомические варианты пороков развития многообразны. Некоторые пороки развития желчевыводящих путей диагностируется при рождении, некоторые случайной находкой во время операций по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Внедрение в клиническую практику новых малоинвазивных технологий - видеоэндоскопических вмешательств, могут значительно улучшить результаты диагностики и хирургического лечения данной категории больных. При данном случае мы использовали диагностическую лапароскопию и диагностирована аномалия развития желчного пузыря - «подвижный» (висячий) желчный пузырь. При этом, желчный пузырь покрыт брюшиной со всех сторон, не имеет соединение с печенью и пузырный проток, пузырная артерия и вена располагается на подвешивающей связки, из-за этого отмечалась заворот желчного пузыря, некроз и перфорация пузыря.

В основу работы положены результаты интраоперационной диагностики и видеоэндоскопическое вмешательство в Ташкентском областном филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Ребенок при поступлении обследован, по стандарту, проводились сбор анамнеза, осмотр больного, лабораторные анализы, ультразвуковое исследование.

Клинический пример. Больная Б.Ж. 2009г.р. поступила с жалобами на боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошноту, рвоту и общую слабость. Из анамнеза со слов родственников заболела остро, болеет в течение 2 суток, когда начал беспокоит вышеуказанные жалобы. Находилась дома, была сделано инъекции спазмолитиков, без эффекта. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, в связи с чем, обратилась в ТОФ РНЦЭМП. Приступ впервые. Ребенок с детства стоит на учет у кардиолога, с диагнозом: Аномалия развития, изолированная декстрокардия.

Объективно: общее состояние при поступлении средней тяжести. В сознание. Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60мм.рт.ст. Пульс-104 уд в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность и напряжения мышц в эпигастральной области, правом подреберье и правой мезогастральной и подвздошной области, и вышеуказанных областей отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах живота нет. Перистальтика

кишечника выслушивается. Стул был, обычной окраски, мочеиспускание самостоятельное.

Из обследований: Общий анализ крови: Гемоглобин -98г/л, эритроциты-3.6, лейкоциты-13.4тыс. На УЗИ картина острого бескаменного холецистита.

Установлен диагноз: Основной: Острый бескаменный деструктивный холецистит. Перитонит. Сопутствующей: Изолированная декстрокардия.

Под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция: Диагностическая лапароскопия, лапароскопическая холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Интраоперационно на лапароскопии: При котором обнаружено аномалия развития - «подвижный» желчный пузырь, перекрут желчного пузыря, некроз желчного пузыря с перфорацией и перитонит. Отмечается заворот желчного пузыря – желчный пузырь перекручена вокруг своей оси на 3600С. Некроз не распространяется на гепатодуоденальную связку и холедоху. Пузырный проток диаметром до 0,7см. Произведена лапароскопическая холецистэктомия. Операция завершена с дренированием брюшной полости. Макропрепарат: некротизированный желчный пузырь, черного цвета, размером 12,0х3,0см, стенки до 0,8см, определяется перфорация на теле желчного пузыря, размером 0,3х0,3см, в полости конкременты не содержать. Послеоперационный диагноз: Основной: Перекрут желчного пузыря. Осложнение: Некроз и перфорация желчного пузыря, диффузный желчный перитонит. В послеоперационный период больная в течение 5 суток находилась в клинике. После проведенной комплексной терапии состояние улучшилось, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, у больных с аномалиями развития внутренних органов предположить наличие другие виды аномалии других органов. При таких случаях органов брюшной полости, оперативное лечение необходимо начинать с новыми малоинвазивными технологиями, последний позволяет не только установить точный топический диагноз и быстро и надежно устранить не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего, а также позволяет снизить частоту развития послеоперационных осложнений, частоту широкой лапаротомии.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Холбаев Р.И.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Наиболее часто множественные и сочетанные травмы встречаются при транспортных происшествиях, выполнении хозяйственных и бытовых работ. Все исследователи отмечают, что транспортные травмы и кататравмы, как правило, преобладают в структуре политравм. Изолированные повреждения относительно редко приводят к тяжелым и критическим состояниям, а при множественных и сочетанных травмах они встречаются более чем у 50% пострадавших. При одиночных переломах травматический шок различной тяжести выявляется у 0,9-5,0% пострадавших, при множественных и сочетанных травмах - в 50-75%. Летальность в ближайшие часы и дни после поступления в стационар у пострадавших с изолированными травмами ОДА составляет 0,6-1,5%, с политравмой –

до 14,8%. Это обуславливает необходимость проведения полноценного обследования в сжатые сроки, для определения тактики лечения и проведение симультанных операций в кратчайшие сроки после травмы. В настоящее время это возможно только в многопрофильных стационарах системы экстренной медицинской помощи. Гематомы редкой локализации (гематомы базальных отделов мозга, глубинных отделов, ЗЧЯ, в зоне синусов и т. д.) составляют до 13,5% всех хирургически значимых внутричерепных травматических гематом. Принимая во внимание сравнительно большую долю гематом редкой локализации (каждая седьмая гематома) обследование пострадавших с сочетанной ЧМТ целесообразно проводить в мультиспиральном режиме. В ряде наблюдений КТ необходимо дополнить МРТ. При переломах длинных трубчатых костей, сочетанных с тяжелой ЧМТ, предпочтительно производить блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), как малоинвазивный, максимально стабилизирующий, сохраняющий периостальное кровообращение и снижающий риск инфицирования метод.

Описание клинического случая. Больной С.- 1982 г.р. Травму получил в результате ДТП 07. 08. 2018 г. сбит грузовым автомобилем. Доставлен в клинику по линии СМП с места происшествия. По тяжести состояния больной госпитализирован в отделение реанимации, где проводились противошоковые мероприятия и подготовка больного к операции. Обследован согласно стандартам (физикальный осмотр, осмотры смежных специалистов, УЗИ ОБП и ОГК, анализы крови и мочи рентгенография ОДА и КТ исследование головного мозга). Установлен диагноз: «ДТП. Тяжелая политравма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Линейный перелом теменной кости с повреждением с\3 верхнего сагиттального синуса. Острая эпидуральная гематома теменной области. Внутримозговая гематома теменной доли слева. Закрытый перелом с\3 левой плечевой кости со смещением костных отломков. Закрытый перелом с\3 левой бедренной кости со смещением костных отломков. Множественные ушибы и ссадины лица, тела и конечностей. Осложнения: Отек головного мозга. Дислокационный синдром.

С учетом тяжести доминирующей патологии симультанно произведены следующие операции (через 2 часа с момента поступления): костно-пластическая трепанация теменной области. Удаление острой эпидуральной и внутримозговой гематом. Закрытый БИОС левой плечевой кости. Закрытый БИОС левой бедренной кости. Во время проведенной диагностической лапароскопии патологии со стороны ОБП не обнаружено. Суммарная длительность всех симультанных операций проведенных тремя бригадами хирургов составила 4 часа. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление послеоперационных ран первичное. Больной переведен для продолжения лечения и реабилитации по месту жительства на 10-е сутки.

Заключение. При тяжелых ЧМТ, сочетанных с травмой, ОДА, предоперационный период должен быть максимально сокращен, без ущерба для полноты проводимых исследований. Все обследования необходимо проводить на фоне противошоковых мероприятий и профилактики жировой эмболии. При наличии специалистов и технического оснащения, необходимо проводить хирургические вмешательства симультанно.

## ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Эрметов А.Т., Адамбаева Д. К., Кобилов М.О.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Согласно проведенным исследованиям, инфаркт миокарда может возникнуть после операции (не на сердце и сосудах) не только у людей, имеющих заболевания сердца, но и у тех, кто имеет другую патологию. Известно, что инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения. Факторами риска являются – табакокурение, алкоголь, ожирение, сахарный диабет. Вероятность развития острого послеоперационного инфаркта миокарда составляет 0,1–0,7%. Однако если в анамнезе инфаркт миокарда был зарегистрирован в течение предшествующего полугодия, риск развития нового инфаркта миокарда достигает 16%, если в последние три месяца – риск возрастает до 35%. У больных которым предстоит обширная операция продолжительностью свыше полутора часов, риск кардиальных осложнений повышается при наличии следующих критериев: 1). Заболевания сердца и легких, сопровождающиеся функциональными расстройствами; 2). Вероятность острой массивной кровопотери (>2,5л); 3). Возраст старше 70 лет с дисфункцией одной системы и более; 4). Септицемия; 5). Дыхательные расстройства; 6). Острый живот. 7). Острая почечная недостаточность. В послеоперационном периоде, инфаркт миокарда проявляется различной выраженностью от мелкоочагового до крупноочагового некроза миокарда. Основной причиной является - послеоперационная гипоксемия. Появление тахикардии и гипоксемии у больных в послеоперационном периоде, неблагоприятно влияет на сердце, и при этом нарушается снабжение кислородом, на фоне повышенной потребности кислорода, и наступает инфаркт миокарда. В послеоперационном периоде инфаркт миокарда протекает не типично. Наблюдается он без болевого приступа, тахикардией, сниженным артериального давления, нарушением ритма сердца, отеком легкого и вследствие может наступить внезапная клиническая смерть.

Цель исследования: оценить риск сердечно-сосудистых и внесердечных осложнений в предоперационном периоде, провести необходимые обследования и снизить риск при некардиохирургических вмешательствах.

Материалы и методы исследования. С 2018 по 2023 года в ТОФ РНЦЭМП диагностировано 432 больных с острым инфарктом миокарда, которые были госпитализированы в отделение экстренной терапии. Из общего количества больных 432 (100%) больных, у 36 (5,4%) больных инфаркт миокарда наблюдался в послеоперационном периоде, больные были оперированы и находились в отделении хирургии, после разных операций на внутренних органах. Из них мужчин 23 (63,8%) больных, женщин 13 (36,2%) больных. Возраст варьировался от 56 до 76 лет. Из 5 (13,8%) больных наблюдалась тяжелая степень сердечной недостаточности, и это привело к летальному исходу. Нами анализированы 36 (8,3%) больных, со случаем острого инфаркта миокарда в послеоперационном периоде. Постановка диагноза и лечение острого инфаркта миокарда осуществлялась по общепризнанным стандартам, и клиническим протоколам республики. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу 27 (75,0%) больных составили пациенты, которые в прошлом, страдали ишемической болезнью сердца. Вторую группу 9 (25%) больных составили пациенты,

которые в прошлом не страдали ишемической болезнью сердца. Всем больным было проведено комплексное обследование. Выполнен клинический осмотр, снята электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки, проведено ЭхоКГ исследования, ОАК, ОАМ, КФК МВ, тропониновый тест, глюкоза крови, ВСК, КЩС крови и определение газов крови, биохимические анализы крови (АЛТ, АСТ), коагулограмма, мочевины и креатинина крови, и консультация интервенционного кардиолога.

Результаты исследования и обсуждение. Все 36 (100%) пациентов разделены на 2 группы, первую группу 27(75,0%) больных, составили лица, которые в прошлом страдали ишемической болезнью сердца, вторая группа 9 (25,0%) больных, составили лица, которые в прошлом не страдали ишемической болезнью сердца. В обеих группах выявлялась гипертоническая болезнь и ожирение. У 22 (81,4%) больных первой группы и 5 (55,5%) больных второй группы диагностирована гипертоническая болезнь. У 5 (18,5%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы гипертоническая болезнь не диагностирована. У 24 (88,8%) больных первой группы и 6 (66,6%) больных второй группы отмечалась ожирение. У 6 (22,2%) больных первой группы и 2 (22,2%) больных второй группы отмечался сахарный диабет. У 24(88,8%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы являлись курильщиками, у 12 (44,4%) больных первой группы и 2 (22,2%) больных второй группы, употребляли алкоголь. В первой группе у 20 (74,0%) больных отмечалось ОИМ с зубцом Q, 7 (26,0%) больных ОИМ без зубца Q, Во второй группе у 5 (55,6%) больных отмечалось ОИМ с зубцом Q, 4 (44,5%) больных ОИМ без зубца Q. Из 36 (100%) общего числа больных 21 (58,3%) случаев отмечалось преимущественно среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, это объясняется, тем что все больные перенесли разного типа оперативное вмешательство. Тяжесть течения заболевания обусловлено с осложнением острого инфаркта миокарда – отек легких, фибрилляция желудочков и кардиогенный шок. Осложнение выявлялось в первой группе у 16 (59,2%) больных, во второй группе у 5 (55,6%) больных. Наличие факторов риска, сопутствующей патологии, а также самое главное наличие операций, утяжеляет состояние больных, и негативно влияет на тактику лечения острого инфаркта миокарда. Больные по стандарту получили консервативную терапию, при лечении использованы антиишемические лекарственные средства, антиагрегантные препараты, антикоагулянты, препараты для ограничения зоны некроза, диуретики, антиаритмические препараты, наркотические обезболивающие препараты, препараты для профилактики острых эрозий и язв ЖКТ, оксигенотерапия, тромболитическая терапия.

Заключение. Для предотвращения послеоперационных осложнений, таких как инфаркт миокарда, всегда нужно проводить предоперационное обследование. Оценить риск сердечно-сосудистых осложнений. В основном больные с сердечными патологиями, возрасте старше 50 лет, и с нарушением ритма сердца, больные с тяжелым состоянием, после полостной операции при экстренной хирургии. Для снижения риска стоит оценить состояние организма, в том числе сердечно-сосудистой системы, проводить физикальное обследование, лабораторные исследования, инструментальные: ЭКГ, ЭХОКГ и подготавливать больного на операцию. А для профилактики кардиальных осложнений, экстракардиальных оперативных вмешательств разработаны конкретные методы лечения, с этой тактикой лечения можно предотвратить послеоперационный инфаркт миокарда, аритмию, острую сердечную недостаточность, кардиальную смерть, а также предотвращение инвалидизации пациента в пост госпитальном периоде.

## ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Эрметов А.Т., Адамбаева Д. К., Кобилев М.О.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Согласно проведенным исследованиям, инфаркт миокарда может возникнуть после операции (не на сердце и сосудах) не только у людей, имеющих заболевания сердца, но и у тех, кто имеет другую патологию. Известно, что инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения. Факторами риска являются – табакокурение, алкоголь, ожирение, сахарный диабет. Вероятность развития острого послеоперационного инфаркта миокарда составляет 0,1–0,7%. Однако если в анамнезе инфаркт миокарда был зарегистрирован в течение предшествующего полугодия, риск развития нового инфаркта миокарда достигает 16%, если в последние три месяца – риск возрастает до 35%. У больных которым предстоит обширная операция продолжительностью свыше полутора часов, риск кардиальных осложнений повышается при наличии следующих критериев: 1). Заболевания сердца и легких, сопровождающиеся функциональными расстройствами; 2). Вероятность острой массивной кровопотери (>2,5л); 3). Возраст старше 70 лет с дисфункцией одной системы и более; 4). Септицемия; 5). Дыхательные расстройства; 6). Острый живот. 7). Острая почечная недостаточность. В послеоперационном периоде, инфаркт миокарда проявляется различной выраженностью от мелкоочагового до крупноочагового некроза миокарда. Основной причиной является - послеоперационная гипоксемия. Появление тахикардии и гипоксемии у больных в послеоперационном периоде, неблагоприятно влияет на сердце, и при этом нарушается снабжение кислородом, на фоне повышенной потребности кислорода, и наступает инфаркт миокарда. В послеоперационном периоде инфаркт миокарда протекает не типично. Наблюдается он без болевого приступа, тахикардией, сниженным артериального давления, нарушением ритма сердца, отеком легкого и вследствие может наступить внезапная клиническая смерть.

Цель исследования: оценить риск сердечно-сосудистых и внесердечных осложнений в предоперационном периоде, провести необходимые обследования и снизить риск при некардиохирургических вмешательствах.

Материалы и методы исследования. С 2018 по 2023 года в ТОФ РНЦЭМП диагностировано 432 больных с острым инфарктом миокарда, которые были госпитализированы в отделение экстренной терапии. Из общего количества больных 432 (100%) больных, у 36 (5,4%) больных инфаркт миокарда наблюдался в послеоперационном периоде, больные были оперированы и находились в отделении хирургии, после разных операций на внутренних органах. Из них мужчин 23 (63,8%) больных, женщин 13 (36,2%) больных. Возраст варьировался от 56 до 76 лет. Из 5 (13,8%) больных наблюдалась тяжелая степень сердечной недостаточности, и это привело к летальному исходу. Нами анализированы 36 (8,3%) больных, со случаем острого инфаркта миокарда в послеоперационном периоде. Постановка диагноза и лечение острого инфаркта миокарда осуществлялась по общепризнанным стандартам, и клиническим протоколам республики. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу 27 (75,0%) больных составили пациенты, которые в прошлом, страдали ишемической болезнью сердца. Вторую группу 9 (25%) больных составили пациенты,

которые в прошлом не страдали ишемической болезнью сердца. Всем больным было проведено комплексное обследование. Выполнен клинический осмотр, снята электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки, проведено ЭхоКГ исследования, ОАК, ОАМ, КФК МВ, тропониновый тест, глюкоза крови, ВСК, КЩС крови и определение газов крови, биохимические анализы крови (АЛТ, АСТ), коагулограмма, мочевины и креатинина крови, и консультация интервенционного кардиолога.

Результаты исследования и обсуждение. Все 36 (100%) пациентов разделены на 2 группы, первую группу 27(75,0%) больных, составили лица, которые в прошлом страдали ишемической болезнью сердца, вторая группа 9 (25,0%) больных, составили лица, которые в прошлом не страдали ишемической болезнью сердца. В обеих группах выявлялась гипертоническая болезнь и ожирение. У 22 (81,4%) больных первой группы и 5 (55,5%) больных второй группы диагностирована гипертоническая болезнь. У 5 (18,5%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы гипертоническая болезнь не диагностирована. У 24 (88,8%) больных первой группы и 6 (66,6%) больных второй группы отмечалась ожирение. У 6 (22,2%) больных первой группы и 2 (22,2%) больных второй группы отмечался сахарный диабет. У 24(88,8%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы являлись курильщиками, у 12 (44,4%) больных первой группы и 2 (22,2%) больных второй группы, употребляли алкоголь. В первой группе у 20 (74,0%) больных отмечалось ОИМ с зубцом Q, 7 (26,0%) больных ОИМ без зубца Q, Во второй группе у 5 (55,6%) больных отмечалось ОИМ с зубцом Q, 4 (44,5%) больных ОИМ без зубца Q. Из 36 (100%) общего числа больных 21 (58,3%) случаев отмечалось преимущественно среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, это объясняется, тем что все больные перенесли разного типа оперативное вмешательство. Тяжесть течения заболевания обусловлено с осложнением острого инфаркта миокарда – отек легких, фибрилляция желудочков и кардиогенный шок. Осложнение выявлялось в первой группе у 16 (59,2%) больных, во второй группе у 5 (55,6%) больных. Наличие факторов риска, сопутствующей патологии, а также самое главное наличие операций, утяжеляет состояние больных, и негативно влияет на тактику лечения острого инфаркта миокарда. Больные по стандарту получили консервативную терапию, при лечении использованы антиишемические лекарственные средства, антиагрегантные препараты, антикоагулянты, препараты для ограничения зоны некроза, диуретики, антиаритмические препараты, наркотические обезболивающие препараты, препараты для профилактики острых эрозий и язв ЖКТ, оксигенотерапия, тромболитическая терапия.

Заключение. Для предотвращения послеоперационных осложнений, таких как инфаркт миокарда, всегда нужно проводить предоперационное обследование. Оценить риск сердечно-сосудистых осложнений. В основном больные с сердечными патологиями, возрасте старше 50 лет, и с нарушением ритма сердца, больные с тяжелым состоянием, после полостной операции при экстренной хирургии. Для снижения риска стоит оценить состояние организма, в том числе сердечно-сосудистой системы, проводить физикальное обследование, лабораторные исследования, инструментальные: ЭКГ, ЭХОКГ и подготавливать больного на операцию. А для профилактики кардиальных осложнений, экстракардиальных оперативных вмешательств разработаны конкретные методы лечения, с этой тактикой лечения можно предотвратить послеоперационный инфаркт миокарда, аритмию, острую сердечную недостаточность, кардиальную смерть, а также предотвращение инвалидизации пациента в пост госпитальном периоде.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ДЕТЕЙ

Эрметов А.Т., Жолдасов Д.Н.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи

Актуальность. Обезболивание пациентов в послеоперационном периоде - одна из важнейших задач и проблем современной интенсивной терапии. За последние десятилетия возможности хирургии многократно возросли. Это в полной мере относится и в отношении хирургического лечения детей. Оперативные вмешательства проводят больным с тяжелыми пороками развития и обширными травматическими повреждениями.

Лечение боли является одной из важнейшей составляющей восстановления ребенка после перенесенного хирургического вмешательства. Нейрогуморальный ответ на операционную травму, вызвавшую боль, сопровождается тахикардией и вазоконстрикцией, увеличением частоты дыхания и скорости метаболизма, что приводит к существенным изменениям в функционировании многих систем организма. Определенное уменьшение интенсивности послеоперационной боли в ближайшие часы после кратковременных вмешательств можно добиться предупреждающей анальгезией в основном за счет применения препаратов из группы НПВС или парацетамола. При длительных операциях препараты этой группы могут быть повторно введены перед выходом из анестезии. Несмотря на существующие проблемы лечения послеоперационной боли у детей, уделяется внимание на меньшую частоту формирования хронической боли по сравнению с аналогичными вмешательствами у взрослых. Терапия послеоперационной боли зависит от ее интенсивности, патогенеза, психоэмоционального состояния ребенка. Предварительный план послеоперационного обезболивания может быть построен на основании объема выполненной операции, зоны вмешательства. Однако индивидуальные особенности восприятия боли, свойства опиатных рецепторов могут стать причиной абсолютно разной потребности в анальгетиках у пациентов, перенесших одинаковые операции. В связи с этим назначенное обезболивание должно быть скорректировано на основании оценки интенсивности боли. Коррекцию противоболевой терапии осуществляют, ориентируясь на интенсивность имеющейся боли и ее характер (патогенез). Особенно сложной задачей является оценка интенсивности боли у пациентов, у которых сложно или невозможно выполнить самооценку боли (дети до 4–5 лет, пациенты с психическими заболеваниями, седатированные пациенты и больные с нарушением сознания). В этом случае ее определяют по нескольким критериям, косвенно отражающим ощущение боли: повышение артериального давления, тахикардия, увеличение частоты дыханий, гримасы, напряженная поза, малоподвижность. Существует еще ряд аппаратных способов «измерения» боли, основанных на изменении активности вегетативной нервной системы, вариабельности сердечного ритма, что несколько облегчает задачу при работе с пациентами, не имеющими возможности самооценки. Однако следует помнить, что физиологические показатели могут меняться и при не болевых раздражителях. Одним из методов исключения ошибки может быть «пробное» обезболивание, обладающее невысокой степенью достоверности при получении отрицательного результата. Лечение послеоперационной боли должно зависеть от ее патогенеза. В послеоперационном

периоде чаще формируется ноцицептивный тип боли, реже к ней присоединяется нейропатический тип. Каждый из патогенетических типов боли требует специфического подхода к терапии.

Цель исследования - изучение эффективности и безопасности послеоперационного обезболивания при использовании анальгетиков при различных видах анестезии и типом хирургии проведенных в стационаре.

Материалы и методы. Комбинированная анестезия на основе фентанила и севофлурана применялась на всех этапах общей анестезии при хирургических операциях у 28 больных в возрасте 3-14 лет. Продолжительность операций составила в среднем  $136.4 \pm 0.9$  мин. Для премедикации кетамин использовали внутримышечно в дозе  $2,2 \pm 0,03$  мг/кг, в сочетании с сибазоном ( $0,15 \pm 0,05$  мг/кг) и атропином ( $0,01$  мг/кг). На этапе седации перед интубацией трахеи применяли фентанил ( $0,05$  мг/кг) и ингаляция севофлурана в дозе до 3,5 об%. Поддержание общей анестезии осуществляли фракционным введением фентанила, в дозе, составляющей  $\frac{1}{2}$  от основной и ингаляцией севофлурана в дозе 1,6 об%. Миорелаксацию поддерживали ардуаном в расчетной дозе. Осуществлялся ViS мониторинг и в 3 стандартных отведения ЭКГ.

Результаты и обсуждение. При изучении BIS-мониторинга выявлено замедление фоновой активности с 62-68 до 70-74. На фоне сочетанного действия фентанила и севофлурана происходило дальнейшее замедление биоэлектрической активности головного мозга до 57. Интубация трахеи на фоне миорелаксации дитилином не сопровождалась существенными сдвигами показателей системы кровообращения: ЧСС после интубации  $82,8 \pm 2,24$  в минуту, перед интубацией  $80,8 \pm 2,16$  в минуту ( $p > 0,05$ ), АД систолическое  $134,6 \pm 3,9$  и  $133,6 \pm 4,53$  мм рт. ст., АД диастолическое  $86,8 \pm 2,60$  и  $82,8 \pm 2,22$  мм рт. ст. соответственно ( $p > 0,05$ ). Течение анестезии во всех случаях было стабильным. Осложнений при выведении больных из анестезии и случаев посленаркозной депрессии дыхания и сознания не отмечалось.

Заключение. Современная медицина предлагает широкий спектр фармакологических препаратов и различных методик для обеспечения эффективной и безопасной анальгезии в послеоперационном периоде. Эффективность послеоперационного обезболивания и удовлетворенность пациентов качеством анальгезии недостаточны, особенно на хирургических отделениях, куда пациенты поступают сразу после операций малой и средней травматичности и из отделений реанимации и интенсивной терапии. Комбинированная анестезия на основе фентанила и севофлурана обеспечивает эффективное обезболивание при хирургическом лечении у детей.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Эрметов А.Т., Хаджибаев А.М., Жураев О.П.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Эндоскопические пособия при мочекаменной болезни (МКБ) до настоящего времени являются наиболее сложной проблемой практической урологии, особенно в неотложных состояниях. Особые технические трудности возникают при оказании эндouroлогической помощи по поводу камней почек и мочеточников с обеих

сторон. Мочекаменная болезнь (МКБ) - формирование камней в почках, образующихся при нарушении не только обмена веществ, но и уродинамики верхних мочевых путей. По данным большинства исследователей, около 3% населения страдает МКБ. Важно отметить, что заболевание поражает лиц среднего возраста — от 30 до 60 лет. Несмотря на отработанные схемы консервативной терапии, часто основным радикальным методом лечения уролитолиза остается хирургический метод. Основными видами хирургического лечения МКБ являются дистанционная литотрипсия, ретроградная интерренальная санация, перкутанная нефролитотомия, лапароскопическая нефропиелолитотомия и открытая нефропиелолитотомия. В клинической практике существует ряд показаний к активному удалению камней, включающих: МКБ с нарушением функции почки и уродинамики верхних мочевых путей; большие размеры камня (более 15 мм); МКБ у пациентов с высоким риском камнеобразования; обструкцию почки или мочеточника, вызванную камнем; МКБ с выраженным болевым синдромом или гематурией. Сам же выбор метода хирургического лечения основывается на следующих показателях: размер конкремента и его локализация, химический состав конкремента и расстояние от кожи до камня, а также на данных объективного осмотра пациента (аномалии развития мочевых путей, деформации грудного и поясничного отделов позвоночника). Выжидательная тактика применяется при бессимптомном течении заболевания, наличии крупных или коралловидных конкрементов, на долю которых приходится до 30% случаев уролитолиза. Следует отметить, что именно эта форма МКБ чаще приводит к развитию почечной недостаточности. Потеря функции почек в 50% случаев происходит при наличии унилатеральных коралловидных конкрементов (при билатеральной патологии у 25% больных диагностируется почечная недостаточность в 5-летний период наблюдения, а через 10 лет — у 40% пациентов).

Цель исследования. Определить эффективность контактной уретролитотрипсии (КУЛТ) в лечении камней мочеточников.

Материал и методы. В материал исследования вошли 120 больных, находившихся на стационарном лечении в ТОФРНЦЭМП с 2022 по 2023 гг. с мочекаменной болезнью. Из них, с применением КУЛТ оперировано 96 (80,0%) больных с камнями мочеточников. Мужчин - 64 (66,7%) больных, женщин - 32 (33,3%) больных. Возраст больных от 19 до 68 лет. Всем больным произведено обследование согласно стандартам и протоколам системы ЭМП. В обязательном порядке проводилось УЗИ, МСКТ, при необходимости контрастное исследование мочевыводящих путей. Плотность камней составила от +485 НУ до +1200 НУ. Камни располагались в основном в правом мочеточнике 57 (59,4%) больных. В левом мочеточнике 39 (40,6%) больных. Размер камней варьировал от 7,0 до 12,0 мм. Топически, камни располагались в основном в нижней трети мочеточника - 55 (57,3%) больных, в средней трети мочеточника - 28 (29,2%) больных, в верхней трети мочеточника - 13 (13,5%) больных. Применение по показаниям соответствующих методов исследования и лечения у больных уролитолизом в экстренных ситуациях является залогом успешной медицинской помощи.

Результаты и обсуждение. Всем больным выполнена пневматическая контактная уретеролитотрипсия с помощью уретерореноскопа (KARL STORZ). Операции проводились под спинномозговой анестезией. Мочеточник дренирован стентом типа JJ сроком до 1 месяца. Длительность операции составила в среднем до 30 минут. Фрагменты камней после литотрипсии удалялись специальной корзиной. В послеоперационном периоде всем больным назначалась антибиотикотерапия. Методический характер камней: оксалаты - 45%, ураты - 35%, смешанные камни - 20%. Болевой синдром купирован в течении первых суток после операции. В наших наблюдениях резидуальных камней на контрольных обследованиях не выявлено. «Клинически не значимые фрагменты камней» в чашечно-лоханочной системе в послеоперационном периоде наблюдались у 7 (7,3%) больных. У 6 (6,2%) больных наблюдалось обострение пиелонефрита, которое скорректировано применением антибиотиков с учетом бак. посева мочи. Летальных исходов не наблюдалось. Все больные переведены для продолжения лечения по дислокации на 3 – 5 - е сутки после операции.

Заключение. При внедрении новых методик лечения изменились и подходы к выбору метода избавления пациента от мочевого камня, что позволило повысить качество лечения, при этом снизить риск развития ранних и поздних послеоперационных осложнений и обеспечить хирургическую безопасность. Применение и сочетание различных методов лечения МКБ, которые направлены на максимально быстрое избавление пациента от уже сформировавшегося мочевого камня, сокращение сроков лечения и реабилитации. Учитывая рост заболеваемости и распространенность уролитиаза, необходимо продолжать фундаментальные исследования с целью выявления причин камнеобразования и поиска эффективных способов метафилактики мочекаменной болезни. Контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) в лечении камней мочеточников, является высокоэффективным методом лечения МКБ в условиях экстренной медицинской службы и способствует сокращению сроков лечения, минимизации операционной травмы и риска наркоза, что в конечном итоге, способствует улучшению результатов лечения больных.

### **АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ**

**Эрметов А.Т., Ишанходжаев М.М.**

**Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность. Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – важнейшая проблема современной клинической медицины и, являясь тяжёлым, нередко смертельным осложнением многих других болезней. В структуре причин внезапной смерти массивная ТЭЛА занимает 3-е место (после инфаркта миокарда и инсультов) и 2-е место (до 50%) среди причин смерти у кардиологических больных. Ежегодно от ТЭЛА погибает 0,1% населения Земного шара, причём летальность среди больных, не получавших антитромботическую терапию, достигает 30%. ТЭЛА – причина

летальности у 60% больных с патологией сердечно-сосудистой системы. При инфаркте миокарда отмечается высокая частота ТЭЛА (до 60%), причём около 10% смертей при инфаркте миокарда обусловлены ТЭЛА из глубоких вен голени. Не диагностированная и не леченная ТЭЛА может иметь отдалённые последствия – рецидивы эмболии, развитие хронической лёгочной гипертензии. Тромбоэмболия лёгочной артерии, самая частая причина острого лёгочного сердца. Клиническое течение заболевания весьма вариабельно от клинически «немых форм» до молниеносных, таких, когда первым проявлением ТЭЛА является смерть больного. Но чаще развивается картина сердечного шока, острой дыхательной или коронарной недостаточности. Правильный и быстрый диагностический подход позволяет установить диагноз ТЭЛА, получить информацию о локализации, характере и объёме эмболического поражения, состоянии гемодинамики в малом кругу кровообращения и обнаружить источник эмболизации. Такая информация может позволить наметить правильную тактику лечения лёгочной эмболии. Появление современных компьютерных технологий (МСКТ, МРТ) существенно изменило устоявшийся подход к инструментальной диагностике ТЭЛА. Сформировано новое направление в комплексной лучевой диагностике тромбоэмболии лёгочной артерии, способствующее достижению максимальной точности и эффективности, а также быстроты обследования пациентов с подозрением на тромбоэмболию лёгочной артерии. Стремительное развитие эндоваскулярных технологий позволило также по-новому определить пути профилактики ТЭЛА и лечения тромбоза вен нижних конечностей и нижней полой вены с использованием новых, подчас уникальных устройств. Отдельная часть книги будет посвящена самым современным рентгеноэндоваскулярным методам профилактики ТЭЛА, миниинвазивному лечению тромбоза нижней полой вены и удалению тромбоемболов из ветвей лёгочной артерии в постэмболическом периоде.

Цель исследования: повысить эффективность комбинированной тромболитической и антикоагулянтной терапии в сравнении с монотерапией антикоагулянтами у больных с острым тромбозом глубоких вен.

Материалы и методы исследования. В материал исследования вошли 25 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации ТОФ РНЦЭМП в период за 2023г. Из них 17 (68,0%) мужчин и 8 (32,0%) женщин в возрасте от 40 до 86 лет (в среднем 60,5 года) с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, осложненным ТЭЛА. ТЭЛА диагностирована впервые у 22 (88,0%) больных, повторно - у 3 (12,0%) больных. Во всех случаях источником эмболии был тромбоз в системе нижней полой вены. Общая летальность – 6 (24,0%) больных. У 14 (56,0%) больных с массивной ТЭЛА, выраженным дефицитом перфузии - от 40 до 70%, тяжелой дыхательной недостаточностью и признаками перегрузки правого желудочка проведен системный тромболитический. Всем остальным пациентам проводилась стандартная антикоагулянтная терапия гепарином (нефракционированный гепарин 5000 ЕД 4 раза в сутки, варфарин с 1-2-х суток под контролем активированного частичного тромбопластинового времени и показателя международного нормализованного отношения (МНО), по достижении значения МНО, равного 2, гепарин отменяли). Диагноз ТЭЛА верифицировали на основании данных рентгенографии легких, исследование повторяли через сутки после тромболитического и через 7 - 10 дней у пациентов с гепаринотерапией для оценки эффективности лечения. Всем больным выполнили дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей при поступлении, после тромболитического и на 7-е сутки. В большинстве наблюдений выполняли эхокардиографическое исследование до и после тромболитического. Показаниями к системному тромболитическому являлись: выраженный двусторонний дефицит легочной

перфузии более 40-50%, острая субкомпенсированная/декомпенсированная дыхательная недостаточность с развитием артериальной гипоксемии, требовавшая респираторной поддержки. Противопоказаниями к проведению тромболитической терапии явились недавнее желудочно - кишечное или другие виды значимых кровотечений. На фоне тромболитической терапии назначались H<sub>2</sub> - блокаторы в лечебных дозах. При ультразвуковом дуплексном сканировании илиофemorальный тромбоз выявили - у 7 (28,0%) больных, тромбоз подколенно - бедренного сегмента - у 5 (20,0%), тромбоз нижней полой вены - у 4 (16,0%). Флотирующий тромб обнаружен - у 2 (8,0%) больных, размеры флотирующей части составляли от 3 до 8 см. Оклюзионный тромбоз выявлен - у 4 (16,0%) больных, неокклюзионный пристеночный - у 2 (8,0%) больных. У 1 (4,0%) пациента был двусторонний тромбоз вен нижних конечностей. При эхокардиографии отмечали явления перегрузки правых отделов сердца и гипертензию в легочном стволе от 40 до 70 мм.

Применяли стрептокиназу (в суммарной дозе до 3 000 000 МЕ) - у 16 (64,4%) больных, актилизе (в суммарной дозе 100 мг) - у 9 (36,0%) больных. Тромболитическую терапию проводили в условиях реанимационного отделения, под мониторным контролем основных параметров гемодинамики и дыхания.

Результаты и обсуждение. 9 (36,0%) больным в первые 12 ч после проведения тромболитической терапии была отмечена положительная клиническая динамика: регресс острой дыхательной недостаточности (снижение тахипноэ, улучшение оксигенации крови) и гемодинамических расстройств (стабилизация системного артериального давления, снижение тахикардии, регресс расстройств ритма и проводимости миокарда). У 5 (20,0%) больных дефицит перфузии легких остался на прежнем уровне. Все эти пациенты были госпитализированы в поздние (3-5 нед.) сроки от начала заболевания. У 7 (28,0%) больных возникли геморрагические осложнения, в большинстве случаев это были незначимые кровотечения - гематомы в зоне катетеризации центральной вены, гематурия, носовое кровотечение. У 3 (12,0%) больных развилось маточное, еще у 1 (4,0%) больного - легочное кровотечение. Все кровотечения останавливались после прекращения тромболитической терапии. При сравнении результатов лечения в группе больных, подвергшихся тромболитической терапии, отмечено снижение летальности и случаев рецидива ТЭЛА в сравнении с пациентами, получавшими только антикоагулянты. В то же время частота кровотечений при тромболитической терапии была в 4 раза выше.

Заключение. При быстром обследовании у постели больного можно определить, относится пациент к группе высокого риска ранней смерти или нет. При дальнейшем обследовании тех, у кого нет клинических признаков высокого риска (шока, гипотензии), можно оценить риск более точно. Такой подход позволяет в максимально ранние сроки определиться с тактикой ведения больных и своевременно назначить жизненно спасающее лечение больным наивысшего риска. При подозрении на наличие ТЭЛА диагноз устанавливается на основании: комплексной оценки клинических симптомов, данных не инвазивных инструментальных и лабораторных методов исследований. Основными средствами лечения ТЭЛА являются тромболитики, гепарин и низкомолекулярные гепарины, непрямые антикоагулянты. Профилактикой ТЭЛА является назначение низкомолекулярных гепаринов и непрямых антикоагулянтов у пациентов с высоким риском флелотромбоза.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М, Жураев О.П.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. В данном тезисе рассмотрены особенности ведения беременности на фоне пиелонефрита у матери. Указаны пути возникновения и виды пиелонефрита у беременных. Приведена клиническая картина и лабораторная диагностика данного заболевания. Представлены возможные осложнения гестации и методы лечения, наиболее актуальные в настоящее время. Основным возбудителем инфекции мочевыводящих путей, в том числе у беременных является кишечная палочка (при неосложненных - до 90%, при осложненных - до 60%), реже - клебсиелла, протей, псевдомонас, энтерококк и другие микробы, попадающие в мочевые пути через уретру. При гематогенном проникновении микробов в почку причиной инфекции мочевыводящих путей чаще являются золотистый стафилококк или кандиды. Заболеваемость пиелонефритом взрослого населения достигает 18%. Женщины болеют чаще мужчин в любом возрасте. В пожилом возрасте у мужчин в связи высокой распространенностью доброкачественной гиперплазии предстательной железы заболеваемость инфекции мочевыводящих путей сравнима с уровнем у женщин. Смерть возможна от гнойных осложнений: сепсиса, гнойного пиелонефрита или острого поражения почек или от сердечно-сосудистых осложнений при развитии хронического тубулоинтерстициального нефрита (ХТИН) и хронической болезни почек (ХБП). Заболеваемость циститом у женщин детородного возраста – 25 - 35% случаев в год. Распространенность ББУ - до 10% у женщин, в том числе у беременных, и невысокая (0,5%) у мужчин. У 20 - 40% беременных с инфекцией нижних отделов мочевых путей развивается острый пиелонефрит, чаще во 2 - 3 триместре, а у 10-30% беременных развиваются рецидивы острого пиелонефрита. Частота бессимптомной бактериурии у беременных составляет 6%. Острый пиелонефрит встречается у 12% беременных, при котором всегда имеются нарушения уродинамики и возможность токсического воздействия лекарств на плод.

Материалы и методы. Объектом исследования были 51 беременных в возрасте от 19 до 35 лет, которые наблюдались в отделение экстренной хирургии ТОФ РНЦЭМП с 2020 по 2023 гг. Сроки беременности были от 12 до 32 недель. Пациенты предъявляли жалобы на боли в поясничной области, гипертермию от 37,8 до 38,8 тошноту, озноб, слабость, длительность которых варьировала от 3 до 10 дней. Всем беременным, особенно во 2 - 3 триместре, в отделении экстренной хирургии выполнялся соскоб из уретры на ИППП методом ПЦР, забор средней порции мочи для бактериологического посева с определением чувствительности к антибиотикам, клинические и биохимические анализы крови, УЗИ почек, органов малого таза с доплерографией.

Результаты и обсуждение. В I-ю группу вошли 29 (56,8%) больных, у которых при обследовании УЗИ почек отмечено расширение лоханки от 30 до 35мм и наличие конкремента в лоханке и верхней трети мочеточника от 0,8 до 1,5см в диаметре с визуализацией ультразвуковой дорожки. У этих беременных выявлялись обструктивные уродинамические нарушения оттока мочи из верхних мочевыводящих путей, которым требовалось восстановлена нарушенного пассажа мочи с помощью выполнения внутреннего дренирования стентом, наружного наложение нефростомии и одновременного применения этиотропной терапии для ликвидации

прогрессирования пиелонефрита. Пациенткам этой группы во 2 - 3 триместре беременности назначали комбинированную терапию: уросептик (3 табл. в сутки в течение месяца).

Во II-ю группу вошли 22 (43,1%) больных, у которых на УЗИ почек выявлялось незначительное расширение чашечно-лоханочной системы и не отмечено признаков обструкции верхних мочевых путей. У 3-х (5,8%) больных этой группы отмечалось нарастание интоксикации, полиурия, ухудшение общего состояние при прогрессировании беременности без угрозы выкидыша плода. У нее не отмечено ухудшение концентрационной способности почек и повышения уровней мочевины, креатинина, но в анализе крови отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом влево. У этой больной диагностирован острый апостемотозный пиелонефрит, парентеральный абсцесс и выполнено оперативное вмешательство с ревизией, декапсуляцией и дренированием почки.

В послеоперационный период им назначали 2 грамм в сутки внутривенно, согласно антибиотикограмме. В I-й группе всем пациенткам под внутривенном наркозом выполнялось стентирование верхних мочевых путей и назначались антибиотики с учетом чувствительности. Во II-й группе, 22 (43,1%) пациенткам, также назначалась этиотропная терапия согласно антибиотикограмме. Пациенткам обеих групп, особенно во 2 - 3 триместре беременности назначали комбинированную терапию: антибиотик в сочетании с уросептиком (3 табл. в сутки в течение 1 месяца). Нами применялась интенсивная антибактериальная, спазмолитическая, инфузионная, дезинтоксикационная терапия пациентам обеих групп, а также терапия коленно-локтевым положением. Оценку эффективности лечения осуществляли в динамике по изменению

УЗИ, уменьшению клинических симптомов, восстановлению пассажа мочи, наблюдением гинеколога. Нежелательные явления и переносимость препаратов оценивали лабораторными и субъективными данными. После проведенного лечения положительный клинический эффект отмечен у пациентов обеих групп, но особенно в I группе, которым выполняло стентирование верхних мочевых путей и наложение нефростомы. У больных в 2 раза достоверно быстрее исчезали клинические симптомы заболевания, сокращался койко-день, улучшалось общее состояние по сравнению с пациентками II-й группы, где эти показатели исчезали несколько медленней ( $p=0,050$ ). У 5 (9,8%) больных I-й группы перед родами удаляли стент, остальным – через 4 недели после родов.

Заключение. При лечении острого пиелонефрита беременных необходимо тщательно собирать анамнез у пациенток, своевременно госпитализировать их для проведения адекватной диагностики и высококвалифицированного адекватного лечения, а при ухудшении состояния, признаках обструкции мочевых путей, выполнять стентирования или наложение нефростомы до родоразрешения под контролем ультразвука.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИЧЕСКОГО КРИЗА

Эрметов А.Т., Салиханов Н.Т.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи

Актуальность. Миастения (MG) – аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся утомляемостью различных групп мышц, на фоне физической нагрузки, суточным колебанием симптоматики. Угрожающим состоянием при миастении является развитие криза, который характеризуется быстро нарастающим нарушением функции дыхания и глотания, витальных функций, усугублением неврологической симптоматики и требуют неотложных реанимационных мероприятий. Частота встречаемости кризов среди пациентов составляет 15 - 40%, однако у пациентов старше 50 лет этот показатель составляет 50%. Различают миастенический, холинергический и смешанный кризы. Последний тип кризов наиболее часто встречается в практике. Развитие криза требует проведение неотложных реанимационных мероприятий (мониторинг сердечно-сосудистой функции, респираторная поддержка, ИВЛ). Терапия направлена на купирование дефекта нервно-мышечной передачи, проведение иммуносупрессии. Одним из эффективных патогенетических методов лечения криза, является плазмаферез. Однако при существующих методиках и протоколах проведения процедуры афереза зачастую у пациентов развиваются кардиальные, тромботические осложнения, почечная недостаточность в 30% случаев. Кризы при миастении достаточно редки – в общей популяции регистрируется 50–400 случаев на 1 млн. населения. На протяжении жизни их испытывают 10–45% пациентов с мышечной слабостью, особенно в первые два года болезни. Ежегодный риск возникновения кризов находится в пределах 2–3%. Декомпенсация миастении может наступить в любом возрасте, но значительно чаще встречается среди людей 18-40 лет. В гендерной структуре пароксизмальных состояний практически пятикратное преимущество принадлежит женщинам репродуктивного периода. В пожилом возрасте существенно возрастает показатель распространенности среди мужчин, выравнивая соотношение с женщинами.

Цель исследования: изучить методику эффективности проведения плазмафереза для лечения кризовых состояний у пациентов с миастенией, добиться снижения показателя осложнений

Материалы и методы. С 1 января 2023 года по 25 ноября 2023 год в отделении реанимации и экстренной неврологии ТОФ РНЦЭМП находилось на лечении 15 пациентов в возрасте от 30 до 62 лет с миастенией. У 10 (66,6%) больных диагностирована генерализованная форма, у 5 (33,4%) больных из них отмечалось развитие криза во время стационарного лечения. Для оценки тяжести состояния использовалась количественная шкала QMGS (Varohn R.J. et al., 1998), оценка лабораторных показателей крови (общий анализ крови, электролиты, общий белок, показатели свертываемости), проводился контроль жизненно важных функций. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе подразумевает проведение мероприятий по поддержанию витальных функций и срочную госпитализацию. При наличии дыхательных нарушений выполняют следующие мероприятия. Поддержание проходимости верхних дыхательных путей. Использование маски для подачи кислорода неприемлемо из-за избыточной саливации и нарушенного глотания. Интубация должна проводиться с осторожностью.

При наличии показаний перевод больного на ИВЛ.

Предупреждение осложнений (аспирация, травмы конечностей и суставов)

Нарушения функции сердечно-сосудистой системы купируются симптоматическими средствами.

Экстренная терапия при миастеническом кризе заключается во внутривенном введении 0,5-1,0 мл 0,05% раствора прозерина, а затем – внутримышечно 2-3 мл того же раствора. В последующем частота инъекций определяется состоянием больного. Необходима организация искусственной вентиляции легких и санация дыхательных путей.

Алгоритм экстренных мероприятий при миастеническом кризе

Прозерин в/в по 1–2 мл 0,05% раствора; при необходимости 2–3 раза в сутки.

Иммуноглобулин в/в в суточной дозе 400 мг.

При неэффективности перечисленных мероприятий дополнительно назначается преднизолон в суточной дозе 100 мг.

Для профилактики пневмонии — цефалоспорины III и IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефметазол, цефпирон и др.).

Для купирования возбуждения — в/в или в/м 1 мл 0,5% раствора галоперидола (до 20 мг/сут).

Результаты и обсуждение. Из 15 пациентов у 2 (13,3%) больных развился миастенический, у 5 (33,3%) больных - холинергический, у 8 (53,3%) больных - смешанный. Возраст пациентов составил от 30 до 62 лет (средний возраст  $48 \pm 11,8$ ) У всех пациентов во время криза быстро развивались грубые дыхательные и бульбарные нарушения. При оценке тяжести состояния по шкале QMGS показатель составил от 26 до 38 баллов (средний показатель  $32 \pm 3,16$ ). Пациентам проводилась комплексное лечение, ИВЛ и курс дискретного плазмафереза. На фоне терапии у 7 (46,6%) больных отмечался регресс симптоматики криза в течение первой недели лечения, у остальных пациентов улучшение состояния наступило к завершению курса плазмафереза. Показатель тяжести состояния по шкале QMGS на момент завершения лечения составил в среднем от 8 до 14 баллов. В среднем миастенический криз купировался в течение 3-5 дней. На фоне лечения плазмаферезом осложнения отмечались лишь у одного пациента старшей возрастной группы в виде развития нестабильной гемодинамики. В терапевтической реанимации всем 5 (33,3%) больным с миастеническим кризовым течением был применен плазмаферез по 3 сеанса. В результате было достигнута 100 % ная эффективность до ремиссии. Интенсивное использование плазмафереза позволяет максимально оперативно вывести из организма антитела, а значит снизить их агрессивное воздействие на мышечную систему. Стоит заметить, что эта методика лечения может использоваться для лечения таких патологий, как полинейропатии, так как она также имеет аутоимунный характер течения.

Своевременно оказанная медицинская помощь делает прогноз благоприятным, исход кризов может ухудшиться из-за сопутствующей патологии. Смертность от декомпенсации миастении составляет около 4%, но за счет активной респираторной поддержки и ранней интенсивной терапии ее удается избежать. Прогрессирование моторных нарушений оказывает инвалидизирующий эффект, снижая качество жизни. Для профилактики кризов проводят динамическое наблюдение за пациентами, рассматривают целесообразность тимэктомии, устраняют факторы риска, в том числе разъясняют важность правильного приема лекарств.

Заключение. При выполнении подобранной программы плазмафереза отмечалась значительная положительная динамика в виде регресса дыхательных

нарушений, генерализованной мышечной слабости, с сохранением стабильных показателей гемодинамики, основных витальных функций. Отмечался минимальный процент осложнений. Благодаря проведению дискретного плазмафереза получилось добиться регресса симптоматики криза в минимальные сроки.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ

Эрметов А.Т., Ишчанов С.К.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи

Актуальность. Переломы ладьевидной кости кисти составляют 1,5-4% всех переломов костей скелета, 15-18% переломов костей кисти и 40-60% переломов костей запястья. Поздняя диагностика, не всегда рациональная тактика лечения, при наличии разных методик лечения приводит к продолжительным срокам нетрудоспособности, а иногда, и к инвалидности.

**Цель исследования:** изучить эффективность консервативного и хирургического лечения перелома ладьевидной кости.

Материалы и методы исследования. Нами проанализирована тактика и результаты лечения 24 больных с повреждением ладьевидной кости кисти. Все пациенты пролечены в отделении сочетанной травмы с нейрохирургией Ташкентского Областного Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи в период с 2021 по 2023гг. После получения травмы, первично обратились в травматологический пункт – 8 (33,4%) больных. Остальные больные (вторая и третья группа) были направлены с застарелыми (больше недели после травмы) переломами – 8 (33,4%) больных и ложными суставами ладьевидной кости 7 (29,1%) больных. В свежих случаях и при переломах со сроками диагностики до недели больные лечились консервативно 1 (4,1%) больной, фиксация в гипсовой повязке в соответствующем положении кисти. При этом, принимая во внимание важность адекватного кровоснабжения для регенераторных сил в зоне перелома, назначались ранние движения в незафиксированных отделах кисти в всей верхней конечности, а также в суставах здоровой кисти, с расчетом на синергично-рефлекторные механизмы. Сроки фиксации определялись периодическим рентгеноконтролем спустя 2 мес. (по месту жительства). В свежих неосложненных случаях такая фиксация продолжалась 3 месяца гипсовой повязкой с последующим переходом на ортез на 3-4 недели. Все случаи со своевременным начатым консервативным лечением, невзирая на длительные сроки лечебной иммобилизации, закончились консолидацией перелома и полным восстановлением функции кисти. Во второй группе с застарелыми переломами 8 (33,4%) больных применили внеочаговый остеосинтез по Г.А. Илизарову. Способ лечения с применением distraction кистевого сустава аппаратом Г.А. Илизарова методологически обоснован стимулирующим регенерацию эффектом растяжения. Аппарат монтировали по общепринятому стандарту. На операционном столе выполняется умеренная distraction. В последующем в течение 4-6 недель осуществляется микродистракция со скоростью 0,5 мм в сутки. Критериями для прекращения distraction являлась резорбция склерозированных краев ложного сустава или появление зон остеопороза при асептическом некрозе центрального отломка ладьевидной кости, что косвенно свидетельствовало о восстановлении кровообращения. Затем аппарат демонтировали и накладывали больным циркулярную

повязку сроком от 8 до 10 недель. Средний срок лечения составил 16 недель. Показаниями к применению метода служили: замедленно срастающиеся переломы с признаками нестабильности кистевого сустава. Хорошие функциональные результаты достигнуты у 7 больных. Осложнения возникли у 2 больных: у 1 (4,1%) больного аппарат демонтирован из-за воспаления в области спиц, у 1 (4,1%) больного консолидация перелома не состоялась из-за нарушения режима иммобилизации. В третьей группе 7 (29,1%) больных проведена открытая репозиция, костная аутопластика и остеосинтез винтом Герберта с последующей фиксацией в гипсовой повязке 3 мес. В 2-х случаях (8,3%) больных при переломах с прохождением линии перелома в зоне проксимальной трети кости и наличием признаков асептического некроза проксимального фрагмента предпринято его удаление и резекция шиловидного отростка лучевой кости для предупреждения импиджмент эффекта, провоцирующего болевой синдром. В этой группе достигнута консолидация ложного сустава, однако функциональный результат был удовлетворительным у 3 (12,5%) больных из-за развившегося посттравматического деформирующего артроза лучезапястного сустава.

**Результаты и обсуждение.** Результаты лечения переломов костей запястья зависят от сроков обращения пострадавших за медицинской помощью. Анализ неудовлетворительных результатов доказал это. Больные обращались в сроки от двух недель до месяца после травмы без адекватной иммобилизации. У этой категории больных консервативное лечение было неэффективным, и они направлялись на оперативное лечение. Хорошие результаты дают основание считать консервативный способ лечения переломов костей запястья основным методом при ранних сроках обращения и правильной диагностике, тактике ведения больных. Применение гипсовой повязки является доступным и неинвазивным методом лечения.

**Заключение.** Таким образом, переломы ладьевидной кости следует относить к тяжелым повреждениям кистевого сустава, что требует от травматолога особой настороженности, возможно, не исключающей элементов гипердиагностики и превентивного консервативного лечения до 1-2 недель, когда рентгенологический диагноз наиболее достоверный. Сроки иммобилизации необходимо определять по рентгенологическим признакам консолидации. В среднем они составили 3-4 месяца. При застарелых переломах эффективно применение внеочагового остеосинтеза по Г.А. Илизарову, дозированной этапной дистракцией. При ложных суставах – оперативное лечение перелома ладьевидной кости с костной пластикой и остеосинтезом винтом Герберта, что кроме регенераторной стимуляции, дает возможность сохранить репонированную позицию отломков и предупредить развитие деформирующего артроза после сращения.

## **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

**Эрназаров Ж. Г., Асилова С.У., Назаров А.Н.  
ТМА кафедра травматологии и ортопедии ВПХ с НХ .**

**Актуальность:** Асептический некроз головке бедра - это аваскулярный некроз, является следствием нарушения кровотока и некроза элементов костного мозга головки бедренной кости. В зависимости от возраста асептический некроз головки бедренной кости проявляется рентгенологически у 30-43% популяции и у 11-17% симптоматически. В Китае 23.1% перенесших SARS и получившие высокие дозы

стероидов обнаружено аваскулярный некроз. В клинике Акфа Медлайн за 2022 – 275 пациентов/3070 ортопедических больных – 8,9% в Ташкенте. Узбекистан. АНГПостковидный АНГБК имеет несколько классификаций в основу клинико- рентгенологическое проявление болезни от трех до шести стадий и фаз развития патологического процесса. Однако авторы не учитывали размеры и степень процессов репарации.

Целью исследования: Изучить рентгенологические признаки постковидного асептического некроза головки бедренной кости и определить тактику лечения и определить тактику лечения больных.

Материалы: Нами на основании клиническо – рентгенологических данных разработан «Способ рентген-диагностики ранней стадии постковидного асептического некроза головки бедра». Способ рентген-диагностики ранней стадии асептического некроза головки бедренной кости включает выполнение рентгенологического исследования в положении пациента на спине, со стороны паховой области головки бедренной кости (ГБК) в прямой проекции с направлением рентгеновского луча на центр ГБК. При этом исследуемые бедра устанавливают на регулируемые по высоте подставки, выполненные из пластмассы, в виде правильной прямой треугольной призмы, с длиной основания и высотой, равными 15 см, таким образом, чтобы тазобедренные и коленные суставы были согнуты под углом 90°. Бедра отводят кнаружи под углом 45°. Стопы приводят в положение внутренней ротации и супинации. И при выявлении во время анализа рентгенологического изображения одного или нескольких рентгенологических признаков, выбранных из: очагов костно-хрящевой деструкции, поражения внутрикостного канала с разрушением его структуры, кистозных образований овальной формы, признаков очагового остеопороза, наличия/отсутствия коллапса, наличия/отсутствия изменений хрящевой поверхности, вовлечения в процесс суставной щели, частичного уплотнения суставной поверхности, наличия/отсутствия симптома полумесяца, импрессии ГКБ, - диагностируют раннюю стадию медуллярного или решетчато-кортикального типов асептического некроза головки бедренной кости.

Способ рентген-диагностики использован у 120 больных при начальной стадии постковидного асептического некроза головки бедра I и IV ст. Ранняя диагностика по предлагаемому способу позволила установить точный диагноз с определением стадии и типа поражения и провести определенную тактику лечения. При I ст проведено комплекс консервативное лечения с применением своевременно PRP терапии у 46 больных. При II ст. органосохраняющую реваскуляризирующую декомпрессирующую операцию со стромально-васкулярной фракцией с применением PRP-технологии и биокерамики в области головки бедра у 19 больных, а реваскуляризирующую декомпрессирующую операцию с применением PRP-технологии и биошурупа в области головки бедра – у 24 больных. При III и IV ст эндопротезирования тазобедренного сустава у - 32 больных. У 104(86 %) больного получены хорошие результаты, у удовлетворительный у 14 (11%) больных и у 2 (3%) - результат неудовлетворительный из-за несоблюдения ортопедического режима.

Выводы: 1. Предлагаемый способ удобен в использовании, его выполнение не требует привлечения дорогостоящих средств, он доступен.

2. Этот способ позволяет определить локализацию участков некроза, его тип и размер без увеличения диаметра бедра, правильно определить тактику оперативного вмешательства и консервативного лечения. Рекомендуется к широкому использованию в практической медицине.

3. Тактика лечения зависит от стадии заболевания на основании рентгенологических данных.

## **ВОЗДЕЙСТВИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВАНН НА ЦИТОАРХИТЕКТониКУ ТИМУСА**

**Эседова А.Э., Гусейнова С.Т., Мавраева М.А., Кадиев А.Ш.,  
ФГБОУ ВО, Дагестанский государственный медицинский университет,  
МЗ РФ, Махачкала**

Минеральные воды широко используются в терапии многих поражений организма человека, в то же время действие минеральных вод на иммунную систему изучено недостаточно. Вилочковая железа является центральным регулятором иммунных механизмов в организме.

Цель исследования. Изучение влияния минеральных ванн на клеточный состав тимуса крыс.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили белые крысы-самцы, массой 150-180 г., которые подверглись воздействию сероводородных вод курорта «Талги». Кусочки вилочковой железы фиксировались в 10% р-ре нейтрального формалина, с последующей заливкой в парафиновые блоки. Из этих блоков готовились гистологические срезы, которые окрашивались гематоксилин-эозином. Все расчеты произведены по количеству клеток на единице площади гистологического среза в 880 мкм<sup>2</sup>. В эксперименте одна группа белых крыс послужила контрольной группой.

Тимус крыс (контрольная группа) имеет типичное выраженное дольчатое строение. Дольки разделены друг от друга соединительнотканными перегородками. Коровое и мозговое вещество четко выражены. Мозговое вещество занимает центральное положение в дольках. Подкапсулярная зона в тимусе плотно заполнена клетками и выделяется более высокой и равномерной плотностью клеток, чем корковое вещество. Тимус покрыт тонкой, равномерной толщины капсулой (40-60 мкм), вглубь органа отходят соединительнотканые перегородки. В мозговом слое количество лимфоцитов меньше, эпителиальные клетки крупнее, встречаются небольшие тельца Гассалья. В исследуемых срезах тимуса экспериментальных крыс после воздействия сульфидных вод наблюдаются умеренно выраженные изменения, касающиеся количественного содержания лимфоцитов. Так, в подкапсулярной зоне количество малых лимфоцитов увеличивается по сравнению с контрольной группой примерно в 1,2 раза, а количество больших лимфоцитов уменьшается, что является следствием митоза лимфоцитов. Подкапсулярная зона неравномерной ширины, узкая – с высокой плотностью клеток (малые лимфоциты) и широкая – светлая, с менее плотным распределением клеток. Отмечается увеличение количества малых лимфоцитов и в корковом веществе. В мозговом слое встречаются участки рыхлого и сравнительно равномерного распределения лимфоидных клеток, среди которых встречаются крупные митотически активные со светлой цитоплазмой клетки. Количество малых лимфоцитов в мозговом веществе после воздействия минеральных сульфидных вод увеличилось в 1,3 раза. Морфометрические и цитологические изменения клеточного состава лимфоцитов экспериментальной группы по отношению к контрольной группе приведены в таблице 1.

Таблица 1

Клеточный состав (в %) лимфоцитов вилочковой железы белых крыс

№ П	Клетки	Подкапсульная зона		Корковое вещество		Мозговое вещество	
		N	H <sub>2</sub> S	N	H <sub>2</sub> S	N	H <sub>2</sub> S
1	Большие лимфоциты	13,68 ±1,51	12,26±0,9 4	5,26±0,6 4	7,59±0,23	11,43±1,6 2	6,07±0,33
2	Средние лимфоциты	15,73 ±1,38	13,25±1,1 1	14,42±1, 39	14,53±1,0 1	21,13±1,6 9	17,56±1,17
3	Малые лимфоциты	33,46 ±2,71	47,45±2,3 7	58,92±3, 76	59,72±2,3 6	28,12±1,9 7	36,89±2,07

Выводы. Полученные в эксперименте данные – увеличение количества малых лимфоцитов в подкапсульной зоне, в корковом, мозговом веществах, утолщение мозгового слоя с формированием активных участков митоза лимфоидных клеток – свидетельствует о том, что воздействие сероводородных ванн активизирует процессы лимфоцитопоэза, усиливает митоз лимфоцитов. Результаты исследования являются показателями иммунной активности вилочковой железы. В литературе имеются сообщения о корригирующем влиянии курортных факторов на нарушенные функции иммунной системы: нормализуются количественные показатели и функциональная активность макрофагов, Т- и В-лимфоцитов, гормонов.

## ВОЗДЕЙСТВИЯ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА БЕЛЫХ КРЫС

Гусейнова С.Т., Эседова А.Э., Курбанова П.А., Гадисова И.Г.  
ФГБОУ ВО, Дагестанский государственный медицинский университет,  
МЗ РФ, Махачкала

Исходя из данных отечественной и зарубежной литературы, необходимо отметить, что воздействию минеральных вод на органы желудочно-кишечного тракта, дыхания, периферические органы иммунной системы, опорно-двигательный аппарат, уделяется особое внимание. Многосторонне влияя на организм, эти ванны повышают адаптационные возможности, активизируют нейрогуморальные и трофические процессы в организме. Талгинские источники по богатству сероводорода занимают первое место в мире среди всех источников этого рода [1]. Характерной особенностью действия сероводородных ванн и йодобромных ванн на белых крыс является возникновение последовательных цепных реакций, в формировании которых участвуют йодобром и сероводород.

Цель исследования. Исследование функционально-морфологических изменений в организме белых крыс после воздействия минеральных ванн.

Воздействие сероводородных и йодобромных источников санаториев «Талги» и «Каспий» Республики Дагестан изучали на лимфатические узлы, на лимфоидные образования толстой кишки, селезенку, на лимфатические узелки желудка, на щитовидную железу, на тимус.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены на 30 белых крысах – самцах, массой 180-200г. Животных заранее адаптировали к условиям эксперимента. Условия экспериментов были максимально приближены к общепринятым в курортологии и бальнеологии схемам проведения процедур. После

заливки в парафин приготавливались срезы, окрашенные гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону, азур-2-эозином, по Маллори.

Результаты исследований. Подробную характеристику о влиянии минеральных источников санаториев «Талги» и «Каспий» на лимфатические узлы и лимфоидные узелки в нем, их гемоциркуляторное русло представлены в работах[1]. При воздействии минеральных ванн с разной химической концентрацией минеральных элементов в периферических лимфоидных органах наступают морфологические изменения в структурном и клеточном плане. При воздействии минеральных сульфидных вод в эксперименте в периферических органах иммунной системы крыс, отмечаются выраженные изменения: 1) увеличение количества лимфоцитов, макрофагов, плазмоцитов по сравнению с нормой; 2) нарастает митотическая активность клеток.

И так при воздействии бальнеологических факторов улучшается работа иммунных образований различных систем. Авторы показали изменения клеточного состава лимфоидных образований тонкой кишки белых крыс при воздействии минеральных, сероводородных и йодобромных ванн, указывая на усиление процессов лимфо - и иммуногенеза.

Исследуя воздействие йодобромных ванн на селезенку белых крыс, выявила усиление процессов митотической активности и бласттрансформации лимфоидных клеток. Автор отмечает, что при воздействии сероводородных ванн на селезенку белых крыс, увеличивается площадь белой пульпы, лимфоидных узелков с центрами размножения, увеличивается количество молодых форм клеток (больших лимфоцитов). Сероводородные ванны способствуют улучшению иммунологических показателей, оказывая иммуномодулирующее влияние на лимфоидную ткань. Отмечается, что после воздействия сульфидных ванн на лимфатические узлы, увеличиваются их размеры, площадь коры, процентное содержание лимфоузлов.

При исследовании лимфоидных образований желудка после приема сероводородных ванн увеличивается содержание малых лимфоцитов, в центрах размножения лимфоидных узелков сероводородные ванны вызывают увеличение количества митотически делящихся клеток [2]. Автор выявила, что при применении йодобромных ванн в стенках желудка возрастает суммарная площадь диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелков на 30-35%. Использование минеральной воды в виде питья имело свои особенности реакции, которые выражались в обильной инфильтрации лимфоцитами подслизистой основы желудка. Таким образом, результаты исследования влияния минеральных ванн на органы пищеварения показали, что они могут быть полезны при использовании минеральных вод в лечебных целях.

Изменение формы эпителия из кубического в цилиндрический служит отражением изменения функции щитовидной железы: активизации гормонопоэза и усиления экстружии секрета. Возрастание пролиферативной активности клеток после курсового воздействия ванн выявило увеличение среднего диаметра ядер клеток. Полученные в результате исследования структурно-функциональные изменения щитовидной железы при воздействии йодобромных вод, свидетельствует об усилении их морфо-функциональной активности[3].

При воздействии минеральных ванн на тимус отмечается увеличение количества малых лимфоцитов в подкапсульной зоне, в корковом, мозговом веществах, утолщение мозгового слоя с формированием активных участков митоза лимфоидных клеток – это свидетельствует о том, что воздействие сероводородных и йодобромных ванн

активизирует процессы лимфоцитопоеза, усиливает митоз лимфоцитов. Результаты исследования являются показателями иммунной активности тимуса.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе экспериментов функционально-морфологические изменения в организме белых крыс, после воздействия минеральных ванн, свидетельствует об активации их функциональной морфологии. Минеральные ванны имеют специфическое и неспецифическое действие, вызывающее регуляцию и восстановление функций эндокринной, пищеварительной и иммунной систем [4].

### **МОРФОЛОГИЯ СТРУКТУРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТИМУСА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ**

**Эседова А.Э., Гусейнова С.Т., Таймазова Ш.К., Ганиева А.И., Малачилова М.М.  
ФГБОУ ВО, Дагестанский государственный медицинский университет,  
МЗ РФ, Махачкала**

Действие целого ряда факторов окружающей среды сопровождается изменениями клеточного состава органов иммунной системы (тимуса и лимфатических узлов), что чаще всего отражается на функциональной состоятельности не только самого органа, но и иммунной системы в целом. При воздействии бальнеологических процедур важным звеном в обеспечении местного иммунитета является изучение морфологии органов иммуногенеза. Однако изменения структурной организации тимуса, после воздействия минеральных ванн, в макро- и микроскопическом и цитологическом аспекте не исследованы.

Цель исследования. Изучение влияния минеральных ванн с разной химической концентрацией минеральных элементов на центральные и периферические лимфоидные органы крыс.

У белых крыс при стрессе в тимусе возникают истощение запасов серотонина, гистамина, катехоламинов. Клетки тимуса реагируют на стресс через нейромедиаторы, при стрессе уменьшается масса тимуса, отекает капсула, утолщаются междольковые трабекулы. [3,4].

В периферических и центральных органах иммуногенеза действие лечебной грязи вызывает однонаправленный характер, это говорит о системном воздействии и наличии общих механизмов нейрогуморальной регуляции.

Морфофункциональные изменения лимфоидной ткани в тимусе и селезенке у белых крыс при применении минеральных кремниевых вод описаны в работе [6]. Авторами установлено, что в тимусе увеличивается содержание макрофагов, а количество малых и больших лимфоцитов и площадь коркового слоя уменьшается.

Бальнеопроцедуры оказывали активный терапевтический эффект воздействия на поверхность кожи, раздражая ее рецепторы, частично всасываясь через нее. Курсовое воздействие лечебной грязи усиливает процессы миграции и лимфопоэза в тимусе.

[2,1] При изучении влияния физических нагрузок на тимус, установила жировое перерождение ткани тимуса, истончение коркового вещества.

Исследование воздействия лазерного излучения на крыс показало, что в тимусе уменьшается ширина коркового слоя, увеличивается мозговой слой, оголяется ретикулоэпителиальная строма органа, усиливается деструкция клеток [1].

При воздействии минеральных сульфидных вод в эксперименте в периферических органах иммунной системы крыс, отмечаются выраженные изменения: 1) увеличение количества лимфоцитов, макрофагов, плазмоцитов по сравнению с нормой; 2) нарастает митотическая активность клеток [3,5].

Материалы исследования: Мы исследовали воздействие минеральных ванн (пресных, йодобромных и сероводородных) на структурную организацию тимуса. Строение и клеточный состав тимуса в эксперименте мы изучали на 30 половозрелых белых крысах - самцах, весом 140-170гр. (возраст 3-4 месяца). Изучено длительное воздействие минеральных вод на структурные компоненты тимуса крыс. Условия всех экспериментов были проведены с соблюдением сезонности и времени суток.

Результаты исследования и выводы: После действия сероводородных вод в тимусе снижается пролиферация клеток, резко уменьшается число бластов (в коре и мозговом веществе), увеличивается количество лимфоцитов, деструкция клеток уменьшается только в подкапсулярной зоне. Наиболее яркие изменения отмечены при воздействии йодобромных вод. После их применения, в отличие от действия пресных и сероводородных вод, в структурных зонах тимуса содержание лимфоцитов уменьшается, резко усиливается бласттрансформация клеток и митотическая активность клеток, деструкция клеток сохраняется на уровне контроля в подкапсулярной зоне и в мозговом веществе.

Общей характеристикой действия всех видов минеральных вод является усиление плазматической реакции во всех зонах тимуса, которая наиболее выражена также после применения йодобромных вод. Выявлены четкие различия в морфофункциональном состоянии тимуса крыс при сравнении действия сероводородных и йодобромных ванн. После воздействия йодобромных ванн во всех структурных зонах тимуса содержание малых лимфоцитов меньше, чем при действии сероводородных ванн в 1,4 раза. Процессы деструкции клеток в корковом веществе тимуса при действии йодобромных ванн в 1,3 раза выражены сильнее, чем после сероводородных ванн. Во всех зонах органа после действия йодобромных ванн, по сравнению с сероводородными, резко усиливается лимфоцитопоз, о чем свидетельствует преобладание содержания молодых форм клеток, особенно, бластов (1,9 – 4,0 раза) и клеток с картинами митозов (в 2,1 - 3,6 раза). При йодобромном воздействии также наиболее выражена плазматическая реакция в корковом и мозговом веществе тимуса (в 1,4 – 1,3 раза). Действие йодобромных ванн способствует более высокому накоплению зрелых плазматических клеток (плазмоцитов) в корковом и в мозговом веществе тимуса (в 1,9 раза и в 2,4 раза), чем воздействие сероводородных ванн.

Выводы. Таким образом, мы видим, что тимус своеобразно реагирует на каждый вид экзогенных факторов, результаты экспериментов ученых показали, что воздействие внешних факторов избирательно влияет на определенный процесс в тимусе. Нами установлено, что действие пресных вод приводит к усилению

пролиферативной активности клеток, увеличению числа лимфоцитов и снижению деструкции клеток в тимусе, наступают морфологические изменения в структурном и клеточном плане.

## **ТИРЕОИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМОЙ**

**Эшбеков М.А., Хамдамов Б.З., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А.**  
**Бухарский государственный медицинский институт,**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: определение гипофизарно-тиреоидного статуса у больных с различными формами ГН и изучение взаимосвязи между показателями тиреоидного статуса с показателями цитокинового, иммунного статуса, а также других клинико-лабораторных показателей у больных гломерулонефритом.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняло участие 103 больных с ГН, в возрасте от 16 до 58 лет (средний возраст  $35,6 \pm 2,8$ ). Средняя продолжительность ГН у обследованных больных была равна  $3,8 \pm 1,1$  года. Диагноз установлен на основании результатов клинического обследования, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. В зависимости от клинической формы ГН больные были разделены на четыре группы: I группа (n=28) – больные латентной формой ГН; II группа (n=25) – больные нефротической формой ГН; III группа (n=25) – больные гипертонической формой ГН; IV группа (n=25) – больные смешанной формой ГН.

Результаты исследования. Анализ изучения состояния тиреоидного статуса и имеющихся корреляционных взаимосвязей с остальными изученными показателями больных с различными формами ГН, выявил, что у 88,1% больных нефротической формой ГН и 56,3% смешанной формой ГН были выявлены изменения в уровне гормонального статуса гипофизарно-тиреоидной системы, характерные для гипотиреоза. При гипертонической форме ГН только у 17,2% больных было диагностировано гипотиреоидное состояние. Показатели тиреоидного статуса у группы больных латентным ГН не имели отличий от данных показателей у группы здоровых. После анализа корреляционных взаимосвязей можно сделать заключение об отрицательном влиянии гормона ТТГ и аутоантител к ТПО на функциональное состояние почек, в то время как определено положительное влияние гормонов щитовидной железы – свободного Т4 и свободного Т3 на функции почек.

**Выводы.**

При стимуляции цитокиновой каскадной реакции и активации факторов врожденного и адаптивного иммунитета в условиях патогенного воздействия, одновременно происходит активация гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси. Процесс активации этой оси является проявлением адаптационной способности организма, которая направлена на сохранение гомеостаза в ответ на внешние раздражители, такие как воздействие различных микроорганизмов или психологический стресс

## КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Эшон О.Ш1., Ярашев А.Р2.

1.Бухарский государственный медицинский институт

2.Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — оценить эффективность лимфотропную противоотечную терапию при отеке мозга у больных с тяжелой чмт и ги.

Материал и методы исследования: в научное исследование были включены данные больных находившихся в отделение нейрореанимации бухарского филиала рнцэмп. изучены материалы 75 пациентов, из них 38 с чмт и 37 больных с ги. возраст пациентов варьировал от 37 до 68 лет (средний возраст составлял  $58,2 \pm 2$  лет). по половому признаку - мужчин было 43 (57,3%), женщин - 32 (42,7%). всем пациентам проводились стандартные методы диагностики (оценка неврологического статуса при совместном осмотре невропатолога и нейрохирурга, мультиспиральная компьютерная томография (мскт), а также лабораторные исследование (лейкоформула, индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам - иснл)). оценка невротатуса проводилась по шкале ком Глазго (шкг), при котором средний балл при поступлении в стационар составлял  $9,3 \pm 2,1$ . на мскт у больных с геморрагическим инсультом полушарные гематомы составляли 29 (78,3%), ствольные 4 (10,8%), желудочковые 2 (5,4%) и субарахноидальные 2 (5,4%), а у больных с чмт были выявлены субдуральные 24 (63,1%), паренхиматозные 10 (26,3%), а также ствольные кровоизлияние 4 (10,5%) и зоны ушиба мозга, которые не нуждались оперативному вмешательству. больные были разделены на контрольные группы, которые получали стандартную терапию. пациентам включенных в основную группу, в комплексе интенсивной терапии проведена лимфотропная противоотечная терапия. с целью противоотечной терапии с одной стороны субмастоидально введен раствор лидокаина 2%-1мл, дексаметазона 4мг, 10% р-р глюкозы 3мл. в одном шприце (методика одобрена на заседании комитета по этике мз руз, протокол № 7 от 09.11.2023г). субмастоидальные лимфотропные инъекции проводились в течение 5 дней, наряду с консервативным лечением, включающее: антибактериальную, противоотечную, мембраностабилизирующую, гемореологическую, церебропротекторную и симптоматическую терапию. сопоставление клинических и лабораторных показателей была проведена в трех этапах: первый этап - при поступлении, второй этап: -5-е сутки, третий этап - 10 сутки проводимой интенсивной терапии.

**Результаты** и их обсуждения: Анализ результатов контрольной группы пациентов с чмт (n=20), получивших стандартными методами лечения показал, что уровень нарушения сознания на момент поступления в стационар (первый этап исследования) составлял в среднем 10,1 баллов по шкг. на данном этапе в анализе крови сегментоядерных нейтрофилов составили 60%, а количество лимфоцитов - 16%, при этом показатель индекса соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам составил 3,7. на 5 -е сутки лечения (второй этап исследования) уровень нарушения сознания составлял 11,1 баллов по шкг. количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 62%, лимфоцитов 15%, соответственно показатель иснл составлял 4,1. на 10-е сутки исследования неврологический статус оставался прежним, составляя 11,2 баллов по шкг. при этом количество сегментоядерных нейтрофилов составляло 65%, лимфоцитов 18%, а иснл составлял 3,6. При анализе результатов

пациентов основной группы пациентов с чмт у которых проведена лимфотропная противоотечная терапия (n=18), были выявлены следующие данные – на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 9,1 баллов по шкале Глазго. в лабораторных исследованиях крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 58%, а лимфоцитов - 12%, при этом показатель ислн составил 4,8. на втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 11,3 баллов по шкг. сегментоядерные нейтрофилы в крови составляли 60%, а лимфоцитов 18%, соответственно показатель ислн составлял 3,3. на третьем этапе исследования наблюдалось заметный рост всех этих показателей. отмечался прояснение сознания до оглушения, средний балл которого составлял 13,1 балла. а показатели общего анализа крови составляли – сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 20%, а ислн 3,1. Обработка полученных результатов контрольной группы пациентов с ги (n=22), показал следующие данные – на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 8,2 баллов по шкале Глазго. в лабораторных исследованиях крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 50%, а лимфоцитов - 14%, при этом показатель ислн составил 3,6. на втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 10,1 баллов по шкг. сегментоядерные нейтрофилы составляли 54%, а лимфоцитов 23%, соответственно показатель ислн составлял 2,3. на третьем этапе исследования уровень сознания по шкг составлял 11,3 балла. а показатели общего анализа крови составляли –сегментоядерные нейтрофилы 58%, лимфоциты 22%, а ислн 2,6. При анализе результатов пациентов основной группы с ги (n=15), были выявлены следующие данные – на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 9,1 баллов по шкале Глазго. в анализах крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 56%, а лимфоцитов - 16%, при этом показатель ислн составил 3,5. на втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 10,2 баллов по шкг. сегментоядерные нейтрофилы составляли 60%, лимфоцитов 22%, показатель ислн составлял 2,7. на третьем этапе исследования наблюдалось заметный рост всех этих показателей. отмечался прояснение сознания до оглушения, средний балл которого составлял 13,1 балла. а показатели общего анализа крови составляли –сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 25%, а ислн 2,5. Анализом полученных данных мскт исследования было выявлено, у всех больных обеих групп на первичном мскт были паренхиматозные а также кровоизлияния в подпаутинное пространство и желудочков мозга. кроме этого, спаженность борозд коры головного мозга, сужение базальной цистерны являлись признаками внутричерепной гипертензии. у больных основной групп на фоне проводимой лимфотропной противоотечной и противовоспалительной терапии на втором и третьем мскт, о регрессе отека мозга свидетельствовали появление признаков нормальной архитектоники коры головного мозга, восстановление нормальных размеров базальных цистерн и желудочков мозга. Все эти проявления соответствовали положительным неврологическим изменениям. а у больных контрольной группы вышеуказанные изменения на мскт головного мозга проявились заметно медленно. Динамические изменения в неврологическом статусе и на компьютерной томографии, соответствовали сдвигами лабораторных показателей, которые отражали изменения в лейкоцитарной формуле.

Вывод. лимфотропная противоотечная терапия повышает эффективность в комплексе интенсивного базисного лечения, предотвращает прогрессирования отека мозга у больных с чмт и ги.

## НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И СЛУХА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Юлбарисов А.А, Ахматов А.М, Арипова Ф.М, Носиржонов Б.Т  
Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии,  
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние слуховой функции в связи с церебральной гемодинамикой по данным дуплексного сканирования (ДС) и МСКТ-ангиографии у пациентов с начальными проявлениями вертебробазилярной недостаточности (ВБН).

Методы и материалы. Было обследовано 42 пациентов с ВБН в возрасте от 40 до 50 лет. Средний возраст составил 50 лет. По гендерным показателям мужчин было 26 (61,9%), женщин 16 (38,1%). Методы исследования включали ДС брахиоцефальных артерий, ТКДС, МСКТ-ангиографию. Наличие и тяжесть ВБН определялось с помощью неврологических проб (тест Ромберга, тест Бабинский- Вейла) и оценивающих шкал (шкала Hoffenberth). Всем пациентам проведена аудиометрия для оценки функции органа слуха. При этом нарушения слуха связанные с патологией наружного и среднего уха исключались. Наличие ВБН у обследованных пациентов было подтверждено ДС сосудов головного мозга, аудиографией, а также оценкой неврологического статуса.

Результаты: Согласно состоянию проводимых костью звуков в обычном диапазоне частот, оказалось, что в диапазоне 0,126-3 кГц слышимость тонов была в пределах нормы. Однако в диапазоне 5-7 кГц наблюдались незначительные нарушения восприятия слухом тонов в зависимости от типа восприятия звука. Слышимость тонов в диапазоне частот 6 и 8 кГц составила соответственно:  $(15,6 \pm 0,6)$  и  $(14,9 \pm 0,8)$  дБ, что значительно хуже, чем у здоровых лиц, где пороги слышимости тонов в диапазоне аналогичных частот составляли –  $(8,2 \pm 0,3)$  и  $(8,1 \pm 0,2)$  дБ.

Еще более выраженное ухудшение слуха на тоны у пациентов с ВБН было обнаружено в расширенном диапазоне частот по сравнению со здоровыми людьми с нормальным слухом. Кроме того, пороги слышимости тонов на частоте 14 и 16 кГц у пациентов с ВБН составляли соответственно:  $(16,0 \pm 1,6; 17,3 \pm 2,0; 18 \pm 4,5; 27,5 \pm 2,6 34,4 \pm 3,6$  и  $28,0 \pm 3,6$  дБ). Следовательно, при первых симптомах ВБН, начальные нейросенсорные проявления имеют место в периферической части слухового анализатора, что следует учитывать при обследовании и лечении таких пациентов. По данным ТКДС и МСКТ-ангиографии, оно более выражен в ВБС, что также свидетельствует о значительном повышении тонуса сосудов головного мозга.

У 40 (95,2%) обследованных пациентов с начинающейся ВБН в сочетании с начальными нейросенсорными расстройствами отмечались жалобы на субъективный шум в ушах 20 (50,9%), шум в голове 19 (47,5%), головокружение 38 (95,2%), тяжесть в затылке 16 (40,3%), повышенная раздражительность 12 (30,1%), нарушения сна 14 (35,1%).

ВБН и начальные нейросенсорные проявления были нарушены субъективным шумом в ушах с интенсивностью от 7 до 23 дБ выше порога слышимости. Подавляющее большинство из них были высокочастотными - от 5 до 7 кГц. Очевидно, выявленные гемодинамические изменения в мозговом кровообращении могут объяснить наличие этих жалоб у пациентов с начинающейся ВБН в сочетании с начальными нейросенсорными проявлениями.

Выводы: 1. Пациентам с жалобами на шум в ушах, тяжесть в затылке, головокружение, ухудшение памяти и снижение умственной работоспособности рекомендуется провести тесты слуха на тоны в расширенном диапазоне частот (7-14 Гц).

Проведенное исследование указывает на важность лечения пациентов с начальными нейросенсорными проявлениями в сочетании с ВБН, что будет способствовать своевременному целенаправленному лечению таких пациентов, а также профилактике развития ВБН и его прогрессирования.

## **ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.**

**Юлдашев М.А.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Хирургическая инфекция у детей, ее профилактика и лечение является одной из важных проблем. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, со склонностью генерализовать любую инфекцию с широким распространением полирезистентных возбудителей, учащением тяжелых форм гнойно-септического процесса, снижением эффективности антибиотикотерапии и высокой летальностью. Известно, что в лимфатическом узле может задерживаться до 99% микробов, в связи с этим необходимо исключать циркуляцию токсинов в лимфатическом русле.

Цель: улучшить результаты лечения ОДП.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 83 ребенка с различными бронхо-легочными заболеваниями без плевральных осложнений и 10 детей с плевральными осложнениями в виде пиоторакса. Все они находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в тяжелом состоянии. По полу распределились: мальчиков 53, девочек 30. Из них детей до одного года была 27. Всем детям в комплексе лечения применяли антибиотики: гентамицин, линкомицин, ампициллин, оксациллин и цефалоспорины с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Антибиотики вводили исключительно через претрахеальную клетчатку. Интервал введения в первые 3 з дня- 2 раза в сутки, в последующем 1 раз в день, в разовой возрастной дозировке. Антибиотик вводили разведенный, в теплом 0,25% растворе новокаина. Детям с деструкцией легких с плевральными осложнениями было проведено дренирование плевральной полости по Бюлау, с промыванием тёплым раствором фурациллина. Эффект лечения проявилась на вторые сутки, улучшилось общее самочувствие больных, уменьшился кашель и одышка, снизилась температура тела и интоксикация, а также улучшились клико-лабороторные и рентгенологические показатели. Из 93 больных умерли двое, поступивших в крайне тяжелом состоянии в первые часы пребывания, остальные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Таким образом, антибиотикотерапия через претрахеальную клетчатку является высокоэффективным в комплексе лечения острых бронхеоальных заболеваний у детей раннего возраста. Сократилось количество инъекций, а также койко-дней.

## НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.  
Институт Здоровья и стратегического развития

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, рак, хронические заболевания органов дыхания и диабет являются ведущими причинами заболеваемости и смертности во всем мире. Эту широкую нозологическую группу объединяют общие факторы риска, социально-экономические детерминанты, единые подходы к профилактике и методы борьбы с ними. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от НИЗ умирает 41 млн. человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире.

По сведениям ВОЗ, риск смерти от НИЗ повышают такие предотвратимые факторы, как нездоровое питание, низкий уровень физической активности, употребление табака и алкоголя.

Недостаточная физическая активность вызывает около 3,2 миллиона смертей ежегодно. У людей с недостаточной физической активностью риск смерти от всех причин возрастает на 20–30%.

Недостаточность физической активности приводит к три четверти всех случаев смерти в мире от НИЗ, 30% случаев заболевания ишемической болезнью сердца, 27% случаев заболевания диабетом, 25% случаев заболевания раком молочной железы и толстой кишки и развитию ожирения.

«Физическая активность» - это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии (работа, игры, выполнения домашней работы и др.).

«Физические упражнения» – структурированные повторяющиеся, запланированные физические занятия, которые направлены на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния.

Целью исследования было изучение ситуации по распространенности недостаточной физической активности среди населения Узбекистана в возрасте 18-69 лет.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено среди взрослого населения, для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки по трем возрастным группам: 18-29, 30-44 и 45-69 года с распределением показателей по полу в каждой возрастной группе. Использовалась стандартная методология «STEPS» ВОЗ, включающая 3 основных этапа: опрос, проведение физикального осмотра и измерение некоторых биохимических показателей. Общий размер выборки составил 4320 респондентов.

В проведенном исследовании был включен комплекс вопросов по оценке выполняемой физической нагрузки взрослым населением.

Для расчета категориального индикатора по рекомендованному уровню физической нагрузки для здоровья принимается во внимание общее время, уделенное физической активности на протяжении типичной недели, и интенсивность физической нагрузки на протяжении недели, включая активность на работе, во время передвижений и на досуге взрослые, согласно рекомендациям ВОЗ, должны достигать:

- 150 минут физической активности умеренной интенсивности или;
- 75 минут интенсивной физической активности или;

- эквивалент комбинации умеренной и интенсивной физической нагрузки, по меньшей мере, 600 MET-минут (MET - метаболические эквиваленты, широко применяемые для определения интенсивности физической активности).

Для обеспечения единого подхода, а также выбора верного ответа в ходе опроса использовались демонстрационные карточки возможных ответов с фотографиями различных видов физической активности.

Результаты: Анализ всех этих показателей продемонстрировал, что 26,1% (95% ДИ: 23,0–29,3) населения не соответствуют требованиям ВОЗ в отношении физической активности. Среди мужчин низкий уровень физической активности имеют 20,5% (95% ДИ: 16,7–24,4), среди женщин – 31,2% (95% ДИ: 27,2–35,3). Более трети населения (36,2%; 95% ДИ: 32,3–40,1) имеют низкий уровень общей физической активности, четвертая часть (22,9%; 95% ДИ: 20,0–25,7) – средний уровень и менее половины (40,9%; 95% ДИ: 36,2–45,7) – высокий уровень. Среди жителей старшей возрастной группы (45–69 лет), доля лиц с высоким уровнем физической активности статистически значимо меньше (31,8%; 95% ДИ: 28,4–35,3), чем в молодой (18–29 лет) (46,8%; 95% ДИ: 38,0–55,6) и средней (30–44 года) возрастных группах (42,4%; 95% ДИ: 37,4–47,4)

Выводы:

- Каждый четвертый взрослый житель страны (26,1%) не следует рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья;

- Более трети (36,2%) населения страны имеют низкий уровень физической активности.

Заключение:

Таким образом, для профилактики НИЗ в Узбекистане необходимо повысить физическую активность населения, особенно среди лиц старшей возрастной группы.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ВЫСОКО ЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ УГЛЕКИСЛОТНЫМ ЛАЗЕРОМ НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ И ДАЦ – ТРИПСИН ЛИЗОЦИМОМ**

**Юсупов К.А., Азизов Д.Т., Юсупов Ж.К., Латипов Р.Ж.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Лечение гнойных ран является одним из самых актуальных и сложных проблем современной медицины.

Материалы и методы. У 240 больных применялись высоко энергетическое углекислотное лазерное излучение низкочастотный ультразвук и ДАЦ – трипсин – лизоцим в отдельности или в различных сочетаниях, а именно, обработка гнойных ран CO<sub>2</sub> – лазером, а затем низкочастотным ультразвуком (110 больных). У 50 больных проводилась обработка гнойного очага только CO<sub>2</sub> – лазером, у 50 аналогичных больных – только низкочастотным ультразвуком и у 30 проводилась комплексная терапия: первоначально рана обрабатывалась CO<sub>2</sub> – лазером, затем ультразвуком и после такой обработки рана покрывалась ДАЦ – трипсин лизоцимом.

Результаты. Лазером и ультразвуком при проведении сравнительной оценки эффективности воздействия перечисленных выше методов лечения гнойных ран, лучшие результаты получены при сочетанном применении CO<sub>2</sub> лазера+ультразвуковой кавитации (в качестве приводящей среды использовали гипертоническом раствором с лизоцимом в суточной дозировке 300мг) + ДАЦ –

трипсин +лизоцим. Очищение ран в этой группе наступало на  $2.0 \pm 0.2$  появления первых грануляций и краевой эпителизации отмечено к  $2.2 \pm 0.2$  и  $5.5 \pm 0.3$  суткам.

Процент ускорения очищения ран по отношению к первой группе, леченной CO<sub>2</sub> – лазером, ультразвуковая кавитация с гипертоническим раствором и нативным лизоцимом составил 35,5. Хорошие результаты получены и в группе, где использовались CO<sub>2</sub> – лазерная обработка + низкочастотная ультразвуковая кавитация с фурациллином и лизоцимом. В группе больных, у которой дополнительно раны покрывались ДАЦ – трипсин-лизоцимом результаты превосходили все остальные наблюдения.

Заживление ран по типу первичного натяжения наблюдали в 100% в группах, в которых лечение проводилось CO<sub>2</sub>-лазером низкочастотным ультразвуком и ДАЦ – трипсин-лизоцимом. Швы снимались на 7-10 сутки. Использование низкочастотного ультразвука в лечение гнойных ран наряду с местной положительной реакцией приводило к более быстрому улучшению общего состояния больных, к снижению температуры и нормализации формулы крови.

Выводы. Применение комплексного метода лечения гнойных ран с использованием как дополнение к хирургической обработке гнойного очага CO<sub>2</sub>-лазера, низкочастотного ультразвука, а затем покрытие раны ДАЦ – трипсин-лизоцимом позволяет поддерживать стабильный низкий уровень микробной обсемененности раны, что позволяет улучшить 1.5 раза результаты лечения гнойных ран.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – МОЩНОЕ СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ**

**Юсупов К.М., Салиева М.Х., Усманова Г.К., Мухторов М., Мирзаева М.М.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Как писал великий К. Д. Ушинский: «Детская природа требует наглядности». Актуальность использования информационных коммуникационных технологий (ИКТ) обусловлена социальной и практической потребностью в повышении качества здоровьесберегающих технологий в области физического воспитания детей дошкольного возраста. Практика доказала целесообразность их использования для становления двигательных способностей детей, формирования интереса к физической культуре и спорту, воспитания личностных, морально-волевых и поведенческих качеств, осуществления всесторонней подготовки к школе и дальнейшей общественной жизни.

Материал и методы исследования. Проблемы в области теории и практики физического воспитания детей многообразны и значительны. Они охватывают важнейшие вопросы изучения потенциальных возможностей детей: создание условий, обеспечивающих их развитие; комплексный подход к разработке содержания и методов образовательного процесса на всех возрастных этапах; научно-обоснованный двигательный режим; выполнение санитарно-гигиенических правил.

Результаты и их обсуждение. Человеческий мозг усваивает через органы зрения 80% информации. Мозг ребенка развивается до 7-7,5 лет, необходимо развивать мозг в этот период. Современный педагог должен активно с высокой эффективностью использовать все имеющиеся средства, ресурсы и сервисы Интернет, а весь образовательный процесс должен отображаться в информационной среде.

В связи с этим целью моей работы являются разработка и применение обучающих и оздоровительных компьютерных программ для усвоения основ знаний по здоровому образу жизни и физического развития детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет).

Среди задач: разработать и внедрить методику ИКТ в процесс физического воспитания детей старшего дошкольного возраста, изучить педагогическое воздействие компьютерных обучающих программ на усвоение основ знаний по здоровому образу жизни детьми, выявить влияние занятий с компьютером на физиологические функции и физическое состояние детей. Сегодня не потеряли своей актуальности схемы, таблицы, картинки, но мультимедийные презентации уже активно внедрились в педагогическую практику.

С помощью компьютерных возможностей воспитатель в настоящее время способен манипулировать звуком и видео для достижения спецэффектов, синтезировать и воспроизводить звук и видео, включая анимацию и интеграцию в единую мультимедиа-презентацию. Наглядность материала повышает его усвоение, т.к. задействованы все каналы восприятия детей – зрительный, механический, слуховой и эмоциональный. Игровые компоненты активизируют познавательную деятельность детей и усиливают усвоение материала.

Помимо этого, использование дифференцированного подхода на занятиях с детьми с применением мультимедийных презентаций дают возможность оптимизировать педагогический процесс, индивидуализировать обучение детей с разным уровнем физического, познавательного развития, что значительно повышает эффективность педагогической деятельности.

Выводы. Практика убедительно доказала, что компьютерные технологии стали мощным техническим средством обучения, коррекции, коммуникации, необходимыми для совместной деятельности педагогов, родителей и детей. Компьютер – это всего лишь один из инструментов повышения качества процесса физического воспитания и его использование должно быть целесообразным.

## **СЕМЬЯ – ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ ПО ЗОЖ У ДЕТЕЙ**

**Юсупов К.М., Мирзаева М.М., Халмирзаева С.С., Салиева М.Р., Салиева М.Х.  
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Результаты последних исследований подтверждают, что в современном высокотехнологичном обществе необходимо будет уделять гораздо больше внимания ЗОЖ (здоровому образу жизни), физическому развитию человека, поскольку становится все меньше стимулов для естественного движения. Ребенок должен расти здоровым, сильным, крепким, выносливым. Хорошие физические данные обусловлены тем образом жизни, который ведет семья.

Современный человек живет в экономно построенных квартирах, темп современной жизни вынуждает часто пользоваться личным или городским транспортом, получать информацию с помощью радио, телевидения, Интернета - все это требует крепкого здоровья. Учеба и сидячая работа обуславливают необходимость двигательной компенсации, требуют развития навыков ЗОЖ.

Материалы и методы исследования. Формирование здорового образа жизни должно начинаться с рождения ребенка для того чтобы у человека уже выработалось осознанное отношение к своему здоровью. Условия, от которых зависит

направленность формирования личности ребенка, а также его здоровье, закладываются в семье.

То, что прививают ребенку с детства и отрочества в семье в сфере нравственных, этических и других начал, определяет все его дальнейшее поведение в жизни, отношение к себе, своему здоровью и здоровью окружающих. Поэтому родители должны сами воспринять философию ЗОЖ и вступить на путь здоровья. Существует правило: "Если хочешь воспитать своего ребенка здоровым, сам иди по пути здоровья, иначе его некуда будет вести!".

Результаты и их обсуждение. Понятие о здоровом образе жизни включает в себя много аспектов. Во-первых, соблюдение режима дня. В детском саду режим соблюдается, а вот дома не всегда. Необходимо объяснить детям, что нужно рано ложиться и рано вставать. И неукоснительно соблюдать это правило.

Во-вторых, это культурно-гигиенические навыки. уметь правильно умываться, знать, для чего это надо делать. Вместе с детьми необходимо рассматривать ситуации защиты от микробов.

В-третьих, культура питания. Необходимо рассказать детям о том, что нужно есть больше овощей и фруктов, т.к. в них много витаминов А, В, С, Д, в каких продуктах они содержатся и для чего нужны. Витамин А - морковь, рыба, сладкий перец, яйца, петрушка. Важно для зрения. Витамин В - мясо, молоко, орехи, хлеб, курица, горох (для сердца). Витамин С - цитрусовые, капуста, лук, редис, смородина (от простуды). Витамин Д - солнце, рыбий жир (для косточек). В-четвертых, это гимнастика, физические занятия, занятия спортом, закаливание и подвижные игры.

От степени развития естественной потребности ребенка в движении во многом зависят развитие двигательных навыков, памяти, восприятия, эмоции, мышления. Поэтому очень важно обогащать двигательный опыт ребёнка.

Выводы. Основной задачей для родителей является: формирование у ребенка нравственного отношения к своему здоровью, которое выражается в желании и потребности быть здоровым, вести ЗОЖ.

Ребёнок должен осознать, что здоровье для человека важнейшая ценность, главное условие достижения любой жизненной цели, и каждый сам несет ответственность за сохранение и укрепление своего здоровья. В этом ничто не может заменить авторитет взрослого.

## **ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Юсупова Зумрад Кадамбоевна, Агабабян Ирина Рубеновна,  
Самаркандский Государственный Медицинский институт**

Введение. В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) представляет собой одну из самых распространенных неинфекционных заболеваний человека. Проблема адекватной терапии АГ и эффективного контроля артериального давления (АД) в настоящее время остается чрезвычайно актуальной. Для решения данной проблемы необходима комплексная диагностика и оценка возможных причин неконтролируемости АГ, их распространенности и прогностической значимости, а также установление возможных патогенетических механизмов снижения контролируемости АД и пути их устранения.

Цель работы - оценка эффективности терапии в развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне неконтролируемой артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет с неконтролируемой артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в отделении гипертензии СФ РСКНПМЦ г. Самарканда. Все больным были назначены ингибитор ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) и антагониста кальция (АК) (престозек-комби) по «золотому стандарту» лечения АГ. У больных неконтролируемой АГ пришлось к этому препарату добавить иАПФ (периндоприл 4 мг) в ночное время. Комбинированный препарат (Престозек - комби) в выбранной дозе (1 таблетка) назначалась утром. Продолжительность периода наблюдения в программе составила 3 месяца, во время которых было 4 визита с интервалом в один месяц и возможностью коррекции дозы препарата как в сторону увеличения, так и снижения, в зависимости от уровня АД. У всех больных, включенных в исследование целевой уровень АД составил 120–129/80–89 мм.рт.ст. При исследовании у обеих групп статистически значимых различий по возрасту, полу не выявлено. Всем больным в периоде исследования проводилась суточное мониторирование артериального давления.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе среднеедневное и средненочные показатели АД по данным суточного мониторинга АД (СМАД) в среднем значимо превышали аналогичные показатели в контрольной группе. Среднеедневное систолическое артериальное давления (САД) была выше на 18%, среднеедневное диастолическое артериальное давления (ДАД) – на 23%, средненочное САД - на 20%, средненочное 26%, соответственно.

Все пациенты, включенные в программу исследования принимали препараты в течение 3х месяцев и ни у одного из пациентов не было отмечено побочных эффектов на фоне проводимой терапии. К моменту завершения исследования по данным СМАД наблюдалось статистически значимое снижение цифр АД. По результатам СМАД средний уровень САД и ДАД в дневное время суток снизился на 20% и 15% по сравнению с исходными показателями, соответственно. Средний уровень САД и ДАД ночью снизились на 24% и 17%.

Вывод. Лечение двумя антигипертензивными препаратами более эффективно, чем монотерапия, и в настоящее время является «золотым стандартом» терапии первой линии для большинства пациентов с артериальной гипертензией по данным Европейской кардиологической ассоциации.

## **ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА**

**Юсупова И.А.  
Ургенческий филиал ТМА**

После перенесенного рахита, врожденных аномалий развития или вследствие каких-то неизвестных причин могут развиваться нарушения развития проксимального конца бедренной кости у детей. И как следствие, развитие в дальнейшем диспластического коксартроза.

Для предупреждения прогрессирования диспластического коксартроза необходимо восстановление биомеханических правильных взаимоотношений в суставе. Поэтому задачами реконструктивного вмешательства в таких случаях

являются: устранение децентрации головки бедра, обусловленной латеральным смещением эпифиза, восстановление правильных угловых соотношений между большим вертелом и шейкой и головкой бедренной кости.

Цель: Анализ хирургического лечения больных с нарушениями развития проксимального конца бедренной кости у детей.

Материалы и методы: В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО под нашим наблюдением за 2022-2023 до марта месяца находились 15 пациентов с диагнозом правосторонняя или левосторонняя диспластическая «соха vara», с наличием или без укорочения пораженной конечности. Возраст больных от 7 до 15 лет (в среднем 10 лет). До поступления в клинику все больные лечились консервативно по поводу дисплазии и врожденного вывиха тазобедренного сустава. У 10 пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним у 5-правосторонним. Показанием к операции являлось нарушение конгруэнтности и стабильности сустава. Наличие ограничения движения, невозможность раздвинуть поражённую конечность в тазобедренном суставе.

Всем больным нами проведено реконструктивные операции в проксимальном отделе бедренной кости – корригирующая остеотомия в межвертельной области для исправления шеечно-диафизарного угла. В случаях (у 6 больных) сочетания деформации проксимального конца бедра с скошенностью крыши вертлужной впадины одновременно производили пластику крыши вертлужной впадины. В большинстве случаев варусная деформация шейки бедра сочетается (у 10 пациентов) с гипертрофией большого вертела. В таких случаях нами произведено межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости с пересадкой большого вертела и удлинением шейки бедра.

Результаты. У всех 15 больных получен положительный результат. Выполненной операцией мы добились полного восстановления анатомических соотношений в тазобедренном суставе. Послеоперационных осложнений в виде нагноения раны нами не было отмечено.

Выводы. Таким образом, корригирующая визирующая остеотомия левого бедра в сочетании с пластикой вертлужной впадины может быть с успехом использована в лечении данной патологии. Операция позволяет изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела.

С ее помощью возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, нормализация биомеханических условий функционирования мышц.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА**

**Якуббекова С.С. Хасанов Д.Ш.  
АГМИ**

Актуальность. Проблема хирургического лечения рака желудка не теряет своей актуальности и содержит ряд нерешенных вопросов, один из которых индивидуализация хирургической тактики. В настоящее время только хирургическое вмешательство признается потенциально радикальным методом лечения рака желудка. Определение раннего рака желудка было впервые дано Японским обществом гастроэнтерологической эндоскопии в 1962 г. К нему были отнесены опухоли, ограниченные пределами слизистого или подслизистого слоев стенки желудка вне

зависимости от наличия метастазов в регионарные лимфатические узлы. Основаниями для выделения раннего рака желудка (pT1) в противовес местно-распространенному (pT2-4) явились полученные японскими исследователями исключительно благоприятные отдаленные результаты хирургического лечения этой категории больных. Концепция «раннего рака желудка» существует в неизменном виде уже более 40 лет и поддерживается большинством исследователей. В то же время, ряд авторов предлагает свою трактовку понятия раннего рака желудка, суживающую данную категорию больных за счет ограничений по глубине инвазии, размеру опухолевого поражения и наличию метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Цель исследования – анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения раннего рака желудка.

Материалы и Методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 208 больных: в 38% случаев опухоль располагалась на уровне слизистого слоя (ни в одном случае не были обнаружены метастазы в лимфатические узлы), а в 62% – прорастала подслизистый слой (регионарные метастазы выявлены у 23 больных (18%), в том числе во втором коллекторе у 6 (4,6%). РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде умер один больной (0,5%). Послеоперационные осложнения имели место у 40 (19%) больных; преобладала пневмония (18 больных), несостоятельности швов анастомозов не было. От рецидива заболевания умерли 15 больных, от вторых опухолей – 16; причиной смерти большинства больных были сопутствующие неопухолевые заболевания. Скорректированная по причине смерти 5- и 10-летняя выживаемость превысила 90% и 80%, медиана выживаемости - 15 лет. Два фактора статистически достоверно ухудшали результаты лечения: прорастание опухолью подслизистого слоя и метастатическое поражение лимфатических узлов. Факторный анализ показал отсутствие достоверного влияния объема оперативного вмешательства и лимфодиссекции на отдаленные результаты лечения.

Заключение. Радикальное хирургическое лечение больных ранним раком желудка приводит к вполне удовлетворительным отдаленным результатам. Принципиальная лимфодиссекция D2 не является универсальным путем повышения эффективности лечения, ее следует применять больным с наличием или высоким риском лимфогенных метастазов. Рецидивы являются причиной смерти только ¼ умерших больных, столько же больных умирают от развития вторых опухолей; среди причин смерти преобладает сопутствующая неопухолевая патология.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ.**

**Якубов Ж.Б**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
Центр Нейрохирургии МЗ РУз, Узбекистан, г. Ташкент**

Нарушение ликвородинамики и гипертензионно-гидроцефальный синдром играет большую роль в развитии симптоматической эпилепсии, причем в большинстве случаев эти формы эпилепсии устойчивы к применению антиконвульсантов. В таких случаях коррекция нарушений ликвородинамики путем эндоскопических шунтирующих операций является оправданной.

Целью исследования является определение эффективности применения эндоскопических операций при лечении симптоматической эпилепсии на фоне окклюзионной гидроцефалии.

Материал и методы. Нами проведен анализ 58 пролеченных больных с симптоматической эпилепсией на фоне окклюзионной гидроцефалии. У всех больных нарушение ликвородинамики было обусловлено наличием блока ликворных путей на уровне силвиева водопровода или IV-желудочка неопухолевой этиологии. Большинство больных связывало развитие заболевания с перенесенными воспалительными процессами или черепно-мозговой травмой.

Все больные имели эпилептический анамнез различной продолжительности, и несмотря на применение различных групп антиконвульсантов (вальпроевая кислота, карбамазепин, ламотриджин), судорожные приступы сохранялись. У 36 больных наблюдались первично- и вторично-генерализованные тонико-клонические приступы, у 14 больных приступы носили парциальный характер, у 8 – приступы по типу абсансов. Течение заболевания у большинства пациентов носило прогрессирующий характер и сопровождалось нарушениями в психо-эмоциональной сфере и очаговой неврологической симптоматикой – в 32 случаях. Всем больным проведен комплекс нейрохирургического обследования.

Результаты и заключение. Учитывая данные клинко-неврологического обследования и данные рентгенологических (КТ, МРТ) исследований всем больным произведена эндоскопическая фенестрация дна III-желудочка под общим наркозом. В послеоперационном периоде у 43 больных в первый год после операции отмечалось значительное уменьшение частоты приступов, из них у 27 больных приступы регрессировали полностью, а у 16 отмечалась трансформация тонико-клонических генерализованных приступов в абсансы. Кроме того, у 29 больных отмечались положительные изменения в психо-эмоциональном статусе. У 10 больных частота приступов уменьшилась незначительно, они трансформировались в abortивные формы. У 5 больных частота приступов не изменилась. При электроэнцефалографическом исследовании у большинства больных сохранялась медленно-волновая активность. При контрольных КТ и МРТ исследованиях головного мозга в первые месяцы после операции у больных сохранялась симметричная вентрикуломегалия без признаков перивентрикулярной реакции мозгового вещества, явления вентрикуломегалии начинали регрессировать при контрольных КТ или МРТ исследованиях спустя 2-4 года после операции.

Таким образом, при развитии тривентрикулярной окклюзионной гидроцефалии с судорожным синдромом в качестве эффективного метода лечения могут использоваться эндоскопические операции, а явления вентрикуломегалии могут сохраняться еще в течении нескольких лет после операции.

**РАЗРАБОТКА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА**

**Худойбердиев Санжар Собирович<sup>1</sup> Хамдамов Бахтиёр Зарифович<sup>2</sup>  
Сирдарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи  
Бухарского государственного медицинского института**

Цель исследования: Разработка методов прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Анализуются результаты комплексного обследования и лечения 53 больных пожилого и старческого возраста с острой кишечной непроходимостью. Все больные находились на лечении и обследовании в Сирдарьинском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2020 по 2023 годы включительно.

Результаты исследования. разработанная нами методика прогнозирования послеоперационных осложнений ОКН у больных пожилого и старческого возраста включает в себя наиболее оптимальные параметры отобранные при помощи ROC-анализа и представляют коэффициентную интеграцию уровня ИПГ и ИЭГ, показателей скорости тромбообразования (ПТВ, ТВ и АЧТВ), эндотелиальной дисфункции (фибриноген и Д-димер) и маркеров воспалительной ответной реакции организма (лейкоциты, ЛИИ и СРБ). Они послужили основой для построения соответствующей программы «PURTAP». При этом прогностическая вероятность неудовлетворительных результатов лечения ОКН у больных пожилого и старческого возраста подразделяется на низкую и на высокую.

Тактический алгоритм применения методов профилактики послеоперационных осложнений у больных основной группы базировался на полученных данных по прогностической программе «PURTAP». По результатам проведенного исследования мы получали вероятность развития послеоперационных осложнений в виде низкого и высокого значения. Третий вариант значения обозначался как нулевая вероятность – то есть ее отсутствие

На основании проведенного многофакторного анализа основных исследуемых показателей нам удалось выстроить диаграмму ROC-анализа, которая позволила выявить ценность основных прогностических параметров. Данный метод позволил нам так же выявить приоритетность независимости при развитии неудовлетворительных результатов лечения ОКН у больных пожилого и старческого возраста.

Разработанный нами метод профилактики послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста основывается на определении вероятности их развития и применения дифференцированной антикоагулянтной и инфузионной терапии (Контрикал,

свежезамороженная плазма, Гепарин) по разработанной и обоснованной нами схеме на фоне энтеральной декомпрессии и лаважа оксигенированным (при низкой вероятности) и озонированным (при высокой вероятности) теплым 0,9% раствором хлористого натрия. При этом схема проводимых профилактических мероприятий подвергается смене в зависимости от изменения степени вероятности развития послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Применение разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма, основанного на прогнозировании и профилактики послеоперационных осложнений ОКН у больных пожилого и старческого возраста, позволило значительно уменьшить случаи летальных исходов, в особенности от различных патологий, связанных с повышенным тромбообразованием и в первую очередь от тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы:

Сравнительная оценка эффективности разработанных методов прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста позволили в основной группе больных, по сравнению с контрольной, уменьшить частоту общих послеоперационных осложнений в 4,2 раза, частоту местных послеоперационных осложнений в 2,2 раза, летальность с 28,3% до 9,6% и среднее количество койко-дней с  $18,9 \pm 4,5$  дней до  $12,6 \pm 2,1$  дней, то есть в 1,5 раза. Все это свидетельствует о достижении цели улучшения результатов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Разработанный нами программный продукт доступен для широкого внедрения в практическое здравоохранение, так как может функционировать на любой компьютерной платформе различном режиме. Это в свою очередь позволяет минимизировать расчетное время со стороны медицинского персонала

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ, РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ТРАНЗИТНЫМ РАЗДЕЛЕНИЕМ ЖЕЛУДКА И МИНИ- ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ**

**Назаров И.Р., Муратов А.А., Рустамов А.А.  
Университетская клиника Акфа Медлайн**

Цель: мы стремились сравнить 1-летние послеоперационные результаты у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД2), перенесших лапароскопическую рукавную гастрэктомию, лапароскопическую рукавную гастрэктомию с транзитным двуразделением (LSG-TB) и мини-желудочное шунтирование (MGB).

Пациенты и методы: Это ретроспективное сравнение двух новых методов бариатрической хирургии с использованием MGB. Первичным показателем результата

исследования была частота ремиссий СД2. Вторичные результаты включали потерю избыточного индекса массы тела (ИМТ) и времени операции.

Результаты: В целом 80 пациентов прошли LSG, 10 — LSG-TB и 25 — MGB. Средний возраст и половое распределение были сопоставимы для всех групп. Дооперационный ИМТ был одинаковым в группах MGB и LSG + TB, тогда как в группе LSG значения ИМТ были значительно выше, чем в группе MGB. В обеих группах значения ИМТ значительно снизились по сравнению с соответствующими исходными значениями. Избыточная потеря ИМТ была ниже у пациентов, перенесших LSG, по сравнению с пациентами, получавшими LSG-TB и MGB. Процедуры бариатрической хирургии длились короче в LSG, чем в LSG -TB. Однако самым коротким тогда LSG -TB было MGB. Частота ремиссии СД2 составила 70% и 75% в группах LSG и LSG -TB соответственно ( $P > 9,999$ ). Частота ревизионных операций была сопоставима в обеих группах.

Вывод: В заключения, LSG заняло меньше времени и обеспечило значительно более высокую избыточную потерю ИМТ по сравнению с LSG-TB. Частота ремиссии и улучшения показателей СД2 была одинаковой в обеих группах. LSG-TB казался многообещающим методом бариатрической хирургии у пациентов с ожирением и СД2.

## МИОПИЯ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ МАКУЛА ДЕГЕНЕРАЦИЯСИ

**Машрапова З.М., Абдурахманова Д.А.  
Андижон Давлат тиббёт институти**

Миопия макула дегенерацияси (миопик макулопатия)-бу миопия билан боғлиқ макула минтақасида потенциал мавжуд дегенератив ўзгаришлар мажмуаси, шу жумладан атрофик, тортиш (миопик тортиш макулопатияси) ва неоваскуляр компонентлари. Бу энг жиддий, қайтариб бўлмайдиган, кўриш учун хавфли асорат ва миопия туфайли икки томонлама кўриш бузилиши ва кўрликнинг асосий сабаби ҳисобланади.

Ишнинг мақсади ёшга боғлиқ макула дегенерацияси ўртача ва юқори миопияда кўз олмасидаги структуравий ва анатомик ўзгаришлар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш, шунингдек, миопик стафиломаларнинг ҳар хил турлари ва кўриш функцияларидаги ўзгаришлар ўртасидаги боғлиқликни излашдир.

Материаллар ва усуллар. 60 бемор (120 кўз) 18 ёшдан 45 ёшгача ўртача ва юқори миопия билан, шунингдек ёшга боғлиқ тшр парда ўзгаришлари билан текширилди. Миқдорий ва сифат хусусиятларини жуфтлик билан таҳлил қилиш амалга оширилди. Миқдорий белгилар беморларнинг ёши, максимал даражада тузатилган кўриш кескинлиги, компьютер периметрияси кўрсаткич лари, эксенел кўз узунлиги ва марказий зонадаги тшр парда қалинлиги. Ва ўзгаришлар сифат белгиларига боғлиқ эди: тшр парда пигмент эпителияси нуқсонлари (ПЭН), друзлар, ПЭ ажралиши, хориоидал неоваскуляр мембрана, фокус нуқта ва диффуз хориоретинал атрофия кузатилади. Ҳар хил турдаги стафиломаларнинг кўриш функцияларига таъсири ҳам баҳоланди.

Натижалар. Визуал функцияларнинг тўр парда ПЭ яхлитлигига бевосита боғлиқлиги аниқланди: унинг нуқсонлари ёки ажралиши, шунингдек бошқа касалликлар мавжуд бўлганда, компьютер периметрияси кўрсаткичларининг пасайиши кузатилади. Фокус нуқта ва диффуз хориоретинал атрофиянинг мавжудлиги камайди ва МД нинг пасайишига олиб келади. Бирлаштирилган стафиломали беморларда ретинанинг фотосенситивлигининг энг паст кўриш кескинлиги ва чуқур депрессияси қайд этилган.

Хулоса. Олинган маълумотларга парда дистрофик жараёнларнинг визуал функцияларга бевосита таъсирини кўрсатади: Тўр парда фотосенсибилизиция кўрсаткичлари барча тасвирланган тўр парда ўзгаришлар билан камаяди. Стафиломанинг мавжудлиги, миопияни оғирлаштирувчи омил сифатида, шубҳасиз, ўрганилган кўрсаткичларнинг кўпчилигининг қийматларини бузилиш йўналиши бўйича ўзгартиради.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПЛАНИМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Мирзаев К.К., Юсупов К.А.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучить динамику показателей регенеративных процессов при лечении длительно незаживающих гнойных ран (ДНГР) мягких тканей.

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили 132 больных с ДНГР мягких тканей, пролеченных в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 2016-2020 гг. У всех пациентов гнойные раны образовались не менее чем за 14 суток до поступления и средние сроки наличия раны составили  $22,6 \pm 1,9$  дня. Все больные были разделены на три группы, согласно проведенному методу лечения ДНГР. Сформировано две группы сравнения. Группа сравнения №1 – 54 пациента, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно. Лечение ДНГР в этой группе проводилось по традиционной методике. В основную группу включены 38 больных, у которых лечение ДНГР проведено по предложенному способу. В качестве антисептического и ранозаживляющего средства, а также фотосенсибилизатора при ФДТ использован отечественный препарат «ФарГАЛС». В качестве источника излучения для ФДТ нами использован лазерный аппарат «Матрикс». В нем использован полупроводниковый излучатель с мощностью излучения 3 мВт, спектр- 337нм. Излучение импульсное с частотой 100 Гц. В группу сравнения №2 включено – 40 пациентов. Для объективной картины в оценке результатов, в данной группе лечение больных осуществлялось только с применением препарата «ФарГАЛС». Возраст включенных в исследование пациентов варьировал был от 25 до 75 лет. Большинство больных соответствовали возрастной группе от 45 до 60 лет.

Результаты исследования. Сравнительный анализ динамики площади раневой поверхности показал, что в первой ( $393,9 \pm 23,2$  мм<sup>2</sup>) и во второй группе сравнения ( $420 \pm 29$  мм<sup>2</sup>) средние показатели через 3 суток после начала лечения не имели значимых различий по отношению к исходу, тогда как в основной группе пациентов к этому сроку отмечено значительное сокращение площади раны – с  $437,3 \pm 24,3$  до  $351,2 \pm 19,6$  мм<sup>2</sup>. Регресс площади раневой поверхности имел значимую статистическую разницу показателей между группами к 14-м суткам после начала лечения. В отношении среднего периода очищения ран лучшие результаты были получены в основной ( $7,1 \pm 0,5$  суток) и группе сравнения №2 ( $9,3 \pm 0,7$  суток), и имели статистически значимую разницу по отношению к показателю в группе сравнения №3 ( $12,5 \pm 0,9$  суток;  $t=2,89-5,30$ ;  $p<0.01-0.01$ ). Анализ динамики площади эпителизации раны показал ее увеличение к 7 суткам лечения на  $39,1 \pm 0,3\%$  в основной группе пациентов, на  $22,8 \pm 0,7\%$  - в группе сравнения №1 ( $t=22,74$ ;  $p<0,001$ ) и на  $30,9\%$  - в группе сравнения №2 ( $t=16,76$ ;  $p<0,001$ ). В основной группе прирост площади

эпителизации раневой поверхности достиг  $75,0 \pm 1,8\%$  к 14 суткам лечения, что также являлось статистически лучшим результатом среди групп исследования ( $t=12,95$ ;  $p<0,001$  к группе №1;  $t=3,98$ ;  $p<0,001$  к группе №2). Через четыре недели после начала лечения в основной группе пациентов процесс эпителизации раны практически завершился и достиг  $98,7 \pm 0,5\%$  ( $t=2,83-7,11$ ;  $p<0,001$ ).

Вывод. Внедрение нового способа комбинированной локальной химио-фотодинамической терапии длительно незаживающих гнойных ран мягких тканей, направленного на индукцию противовоспалительного и репаративного действия, позволяет в относительно короткие сроки лечения ускорить средний период очищения ран, увеличить регресс площади раневой поверхности, прирост процессов эпителизации и обеспечить полную регенерацию раны.

## **ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАНЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Мирзаев К.К., Юсупов К.А.**  
**Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Оценить и изучить особенности динамики цитологических показателей в ране на фоне лечения длительно незаживающих гнойных ран (ДНГР) мягких тканей.

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили 132 больных с ДНГР мягких тканей, пролеченных в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 2016-2020 гг. У всех пациентов гнойные раны образовались не менее чем за 14 суток до поступления и средние сроки наличия раны составили  $22,6 \pm 1,9$  дня. Все больные были разделены на три группы, согласно проведенному методу лечения ДНГР. Сформировано две группы сравнения. Группа сравнения №1 – 54 пациента, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно. Лечение ДНГР в этой группе проводилось по традиционной методике. В основную группу включены 38 больных, у которых лечение ДНГР проведено по предложенному способу. В качестве антисептического и ранозаживляющего средства, а также фотосенсибилизатора при ФДТ использован отечественный препарат «ФарГАЛС». В качестве источника излучения для ФДТ нами использован лазерный аппарат «Матрикс». В нем использован полупроводниковый излучатель с мощностью излучения 3 мВт, спектр- 337нм. Излучение импульсное с частотой 100 Гц. В группу сравнения №2 включено – 40 пациентов. Для объективной картины в оценке результатов, в данной группе лечение больных осуществлялось только с применением препарата «ФарГАЛС». Возраст включенных в исследование пациентов варьировал был от 25 до 75 лет. Большинство больных соответствовали возрастной группе от 45 до 60 лет.

Результаты. На начальном этапе лечения в ранах пациентов всех трех групп исследования преобладали дегенеративные нейтрофилы, практически отсутствовали фибробласты и клетки эпителия. В динамике можно было наблюдать постепенное разрешение воспалительного процесса в ранах, так количество (из расчета на 100 клеток) дегенеративных нейтрофилов к 21 суткам лечения снизилось с  $63,5 \pm 3,7$  до  $6,8 \pm 0,5$  в основной группе пациентов; с  $60,2 \pm 4,1$  до  $21,1 \pm 1,8$  – в группе сравнения №1 и с  $61,2 \pm 3,7$  до  $16,6 \pm 1,7$  – в группе №2. При этом наблюдалось достоверное отличие данного показателя в пользу основной группы пациентов ( $p<0,05$ ). В свою очередь, цитологически выявлено постепенное нарастание количества фибробластов (в

основной – до  $18,9 \pm 1,5$ ; в группе №1 – до  $7,8 \pm 0,6$ ; в группе №2 – до  $16,8 \pm 1,8$ ) и эпителиальных клеток (в основной – до  $35,9 \pm 3,2$ ; в группе №1 – до  $14,6 \pm 0,4$ ; в группе №2 – до  $26,4 \pm 2,6$ ) в ране с достоверностью отличия ( $p < 0,05$ ) от группы сравнения №1. Необходимо отметить, что в основной группе пациентов из клеточного состава раны полностью исчезли палочкоядерные нейтрофилы, в свою очередь с достоверным отличием ( $p < 0,05$ ) от групп сравнения снизилось количество сегментоядерных нейтрофилов (с  $31,1 \pm 2,7$  до  $11,3 \pm 1,4$ ), что также свидетельствовало о разрешении гнойно-воспалительных процессов и заживлении ран пациентов.

Исходя из полученных результатов цитологических исследований был рассчитан регенеративно-дегенеративный индекс на этапах лечения. Так, в динамике, уже на 3 сутки после начала лечения относительно высокий показатель отмечен в основной группе пациентов –  $0,69 \pm 0,03$  против  $0,60 \pm 0,03$  и  $0,63 \pm 0,03$  в группе №1 и №2 соответственно). Данная тенденция сохранялась до конца курса лечения, и к 21 суткам показатели были следующими: в основной группе пациентов –  $1,66 \pm 0,03$ , в группе сравнения №1 –  $1,35 \pm 0,03$ , в группе сравнения №2 –  $1,53 \pm 0,03$ .

Анализ динамики прироста показателя регенеративно-дегенеративного индекса показал, что уже на 3 сутки лечения достоверное отличие отмечено между основной и группой сравнения №1 ( $t=2,35$ ;  $p < 0,05$ ), на 7-сутки выявлены статистически лучшие показатели в основной группе по отношению к обеим группам сравнения ( $1,09 \pm 0,03$  против  $0,81 \pm 0,03$  в группе №1 и  $0,93 \pm 0,02$  в группе №2).

Значимый прирост регенеративно-дегенеративного индекса в основной группе пациентов сохранился до конца курса лечения, и к 21 суткам показатели были следующими: в основной группе пациентов –  $1,66 \pm 0,03$ , в группе сравнения №1 –  $1,35 \pm 0,03$  ( $t=7,78$ ;  $p < 0,001$ ), в группе сравнения №2 –  $1,53 \pm 0,03$  ( $t=2,92$ ;  $p < 0,001$ ). Необходимо отметить, что в отношении прироста регенеративно-дегенеративного индекса начиная с 7 суток лечения между группами сравнения №1 и №2 также были выявлены достоверные отличия ( $t=3,56-4,42$ ;  $p < 0,001$ ) со статистически значимой разницей.

В процессе лечения были изучены и отслежены соотношения типов цитогрaмм в группах исследования. Так, на начальном этапе лечения во всех группах были определены следующие типы цитогрaмм: некротический, дегенеративно-воспалительный, воспалительный и воспалительно-регенераторный. Наибольшая частота встречаемости выявлена у воспалительного типа -  $46,3\%$  (25 из 54),  $45,0\%$  (18 из 40) и  $42,1\%$  (16 из 38) в группах №1, №2 и основной группе соответственно. В дальнейшем уже на 7-сутки лечения у более чем половины пациентов ( $52,6\%$ ; 20 из 38) основной группы выявлен регенераторно-воспалительный тип цитогрaмм, тогда как в группе сравнения №2 данный показатель составил  $35,0\%$  (14 из 40), а в группе сравнения №1 – всего  $3,7\%$  (2 из 54). Также, в основной группе пациентов на данном этапе лечения отмечены 5 ( $13,2\%$ ) случаев с регенераторным типом цитогрaмм, что не имело место в группе сравнения №1, а в группе №2 выявлен всего в 1 ( $2,5\%$ ) случаи.

По результатам цитологического исследования проб из ран на 21 сутки лечения к регенераторному типу цитогрaмм были отнесены практически все случаи заболевания ( $94,7\%$ ; 36 из 38) в основной группе пациентов,  $53,7\%$  - в группе №1 и  $77,5\%$  - в группе №2. Уже к 7 суткам после начала лечения была отмечена статистически значимая межгрупповая разница при распределении типов цитогрaмм. В основной группе уже не отмечены случаи с некротическим типом цитогрaмм, а дегенеративно-воспалительный тип выявлен лишь в  $5,3\%$  (2 из 38) случаях, тогда как в группе сравнения №1 данный показатель составил  $9,3\%$  (5 из 54 пациентов) ( $\chi^2=45,327$ ;  $df=4$ ;  $p < 0,001$ ), а в группе №2 –  $7,5\%$  (3 из 40 пациентов) ( $\chi^2=9,503$ ;  $df=4$ ;  $p=0,050$ ). При

анализе результатов цитогрaмм, полученных на 14-сутки лечения было отмечено, что у 71,1% пациентов из основной группы преобладали процессы регенерации (против 31,5% в группе №1,  $\chi^2= 17,073$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$  и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки регенераторный тип цитогрaмм выявлен у 94,7% больных из основной группы исследования, что также имело статистически достоверные лучшие результаты (против 53,7% в группе №1,  $\chi^2=18,188$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$  и 77,5% в группе №2,  $\chi^2=4,780$ ;  $df=1$ ;  $p=0,029$ ).

Выводы. Таким образом, в процессе лечения в основной группе при анализе типов цитогрaмм из ран в динамике отмечено ускорение перехода воспалительной фазы в регенераторную, что отмечено уже к 14 суткам у 71,1% пациентов (против 31,5% в группе №1,  $\chi^2= 17,073$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$  и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки у 94,7% больных (против 53,7% в группе №1,  $\chi^2= 18,188$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$  и 77,5% в группе №2,  $\chi^2= 4,780$ ;  $df=1$ ;  $p=0,029$ ).

В основной группе при анализе типов цитогрaмм из ран в динамике отмечено ускорение перехода воспалительной фазы в регенераторную, что отмечено уже к 14 суткам у 71,1% пациентов (против 31,5% в группе №1,  $\chi^2= 17,073$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$  и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки у 94,7% больных (против 53,7% в группе №1,  $\chi^2= 18,188$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$  и 77,5% в группе №2,  $\chi^2= 4,780$ ;  $df=1$ ;  $p=0,029$ ).

## **2-TURLI QANDLI DIABET VA SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LAPAROSKOPIK YENGLI GASTREKTOMIYA, TRANZIT OSHQOZON BO'LINISHI VA MINI GASTRIK BYPASSNING RETROSPEKTIV NATIJALARINING QIYOSIY TAHLILI.**

**Nazarov I.R. Muratov A.A. Rustamov A.A.  
Akfa Medline universiteti kasalxonasi**

**Maqsad:** Biz 2-tur qandli diabet (QD2) bilan og'rigan va semirib ketgan bemorlarda laparoskopik sleeve gastrektomiya, tranzit oshqozon bo'linishi (LSG-TB) bilan laparoskopik sleeve gastrektomiya va mini-gastrik bypass (MGB) o'tkaziladigan 1 yillik operatsiyadan keyingi natijalarni solishtirishni maqsad qildik.

**Bemorlar va usullar:** Bu MGB yordamida ikkita yangi bariatrik jarrohlik texnikasini retrospektiv taqqoslashdir. Tadqiqotning asosiy natijasi QD2 turini remissiya darajasi edi. Ikkilamchi natijalar ortiqcha tana massasi indeksini (BMI) yo'qotish va operatsiya vaqtini davomiylogini o'z ichiga oladi.

**Natijalar:** Umuman olganda, 80 nafar bemor LSG, 10 nafari LSG-TB va 25 nafari MGBdan o'tkazildi. O'rtacha yosh va jins taqsimoti barcha guruhlar uchun taqqoslangan. Operatsiyadan oldingi BMI MGB va LSG + TB guruhlarida o'xshash edi, LSG guruhi esa MGB guruhiga qaraganda ancha yuqori BMI qiymatlariga ega edi. Ikkala guruhda BMI qiymatlari mos keladigan asosiy qiymatlarga nisbatan sezilarli darajada kamaydi. LSG bilan davolangan bemorlarda BMIning ortiqcha yo'qolishi LSG-TB va MGB bilan davolangan bemorlarga nisbatan past edi. Bariatrik jarrohlik muolajalari LSG-TBga qaraganda LSGda qisqaroq davom etdi. Biroq, o'sha paytdagi eng qisqa LSG-TB va MGB edi. QD2 turi remissiya darajasi LSG va LSG - TB guruhlarida mos ravishda 70% va 75% ni tashkil etdi ( $P> 9.999$ ). Har ikki guruhda ham qayta ko'rib chiqish jarrohligi bilan solishtirish mumkin edi.

**Xulosa:** Xulosa qilib aytganda, LSG kamroq vaqt talab qildi va LSG-TB bilan solishtirganda sezilarli darajada yuqori BMI yo'qotilishini keltirib chiqardi. QD2 turi skorlaridagi remissiya va yaxshilanish sur'atlari ikkala guruhda ham o'xshash edi. LSG-TB

T2DM bilan og‘rigan obez bemorlarda bariatrik jarrohlik uchun istiqbolli variant bo‘lib tuyuldi.

## **COVID-19 ASSOTSIRLANGAN SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZI ERTA BOSQICHLARIDA DAVOLASHDA YANGICHA YONDASHUV**

**J.Sh. Qayumov**  
**Toshkent tibbiyot akademiyasi**

**Maqsad.** COVID-19 bilan bog‘liq son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozini davolashda yangicha konservativ davolash tamoyillarini o‘rganish.

**Materiallar va usullar.** Tadqiqotga 2021-yil bahoridan 2023-yil oxirigacha bo‘lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Ko‘p tarmoqli klinikasiga murojaat qilgan 360 nafar bemorning kasallik tarixi ma‘lumotlari olindi. Tanlab olingan bemorlarning barchasi anamnezidan COVID-19 bilan kasallanib davolangan. Bemorlarning o‘rtacha yosh ko‘rsatkichi 42,5 yosh (20 yoshdan 65 yoshgacha) ni tashkil etdi. Shulardan 51 nafar (14,2%) i ayollar, 309 nafar (85,8 %) i erkaklar ulushiga to‘g‘ri keladi. Tadqiqot uchun son suyagi boshchasi aseptik nekrozining Ficat bo‘yicha (1985y) olingan tasnifiga ko‘ra, quyidagilar kuzatildi: I-II bosqichdagilar – 196 nafar (54,4%), II bosqichda – 98 nafar (27,2%), II-III bosqichda – 50 nafar (13,9%), III bosqich va undan yuqori – 16 nafar (4,5%). Bemorlarni yoshiga ko‘ra quyidagicha tasniflarga ajratildi: 20-34 yosh – 159 nafar (44,2%), 35-44 yosh – 106 nafar (29,4%), 45-54 yosh – 65 nafar (18,1%) va 55-65 yosh – 30 nafar (8,3%). Yuqoridagi tasniflar asosida bemorlar “Postkovid davrda bemorlarda son suyagi boshchasining avaskulyar nekrozini differensial konservativ davolash usuli” (patent № IAP 07178 31.05.2022) yordamida davolandi. Bunda bemorlar dastlab qon reologiyasini yaxshilovchi va mahalliy antikoagulyant davo muolajalarini olishdi. Davolash kursini oxirida osteometaboliklar bilan osteotrop davo muolajalari o‘tkazildi.

Davolash natijalari dinamikada 6 oy, 12 oy, 18 oy va 24 oy muddatlarda kuzatildi. Bemorlardagi klinik o‘zgarishlar og‘riq shkalasi VASh va hayot sifati ko‘rsatkichlari SF-36 so‘rovnomasi yordamida baholandi. Instrumental tekshiruvlar chanoq-son bo‘g‘imining rentgenografiyasi, MRT, MR-spektroskopiyasi, oyoq tomirlarining dupleks tekshiruv va chanoq-son bo‘g‘imining MSKT tekshiruvini o‘z ichiga oladi.

**Natijalar.** Bizning kuzatuvimizda bo‘lgan bemorlarning deyarli 330 nafar (91,7%) ida kasallikning klinik belgilari (og‘riq va harakat hajmining kamayishi) davolanish kurslaridan so‘ng biroz vaqt o‘tib sezilarli darajada kamaydi va bemorlarning hayot sifati yaxshilanib sog‘lom hayot tarziga qaytdi. To‘liq davolash kursidan so‘ng chanoq-son bo‘g‘imidagi og‘riqlar VASh bo‘yicha 7-8 balldan 1-2 ballgacha kamaydi. 14 nafar (3,9%) bemorda harakat cheklanishi va og‘riqlarni yo‘qolishi uzoq vaqt talab qildi. Jarrohlik yo‘li bilan davolash (chanoq-son bo‘g‘imlarini total endoprotezlash) – ko‘rsatilgan muddat ichida bemorlar umumiy sonining faqat 16 nafar (4,4%) bemor (kasallikning 3 va undan yuqori bosqichi tashxisi qo‘yilganlar) da amalga oshirildi. Bemorlarning jarrohlik aralashuviga kelib qolish sababi, ularning davo muolajalari boshidan ortopedik rejimga rioya qilmasliklari va keyingi tekshiruvlarga o‘z vaqtida kelmasliklari bo‘ldi.

**Xulosa.** Ishlab chiqilgan son suyagi boshchasi postkovid avaskulyar nekrozini yangicha konservativ davolash usul yordamida kasallikning erta bosqichlarida davolash kelajakda yaxshi natijalarga erishish imkonini beradi. Hozirda ishlab chiqilgan davolash usuli bo‘yicha konservativ davolangan 360 nafar (100%) bemorning 330 nafari (91,7%) ning umumiy ahvoli (hayot sifati) yaxshilandi va bemorlar to‘liq mehnat rejimiga qaytdi. Xulosa qilib aytganda, ushbu tashxis bilan kasallangan bemorlarni erta bosqichda konservativ

davolashni boshlansa, ularni kelajakda nogironlikdan va ikkinchi shaxs yordamiga muhtojlikdan saqlab qolinadi. Bu esa jamiyatni sog'lomlashuviga olib keladi.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF RETROSPECTIVE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY, SLEEVE GASTRECTOMY WITH TRANSIT BIPARTITION AND MINI GASTRIC BYPASS IN TYPE 2 Diabetic PATIENTS WITH OBESITY**

**Nazarov I.R.<sup>1</sup> Muratov A.A.<sup>1</sup> Rustamov A.A.<sup>1</sup>  
Akfa Medline University clinic**

**Aim:** We aimed to compare the 1-year postoperative outcomes of obese patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy, laparoscopic sleeve gastrectomy with Transit Bipartition (LSG-TB), and mini-gastric bypass (MGB).

**Patients and methods:** This is a retrospective comparison of two new bariatric surgery techniques using MGB. The primary outcome measure of the study was T2DM remission rate. Secondary outcomes included loss of excess body mass index (BMI) and operative time.

**Results:** Overall, 80 patients underwent the LSG, 10 underwent LSG-TB, and 25 underwent MGB. Mean age and sex distribution were comparable for all groups. Presurgical BMI was similar in MGB and LSG + TB groups, whereas LSG group had significantly higher BMI values compared with the MGB group. In both groups, BMI values reduced significantly compared with respective baseline values. Excess BMI loss was lower in patients who underwent LSG compared with patients treated with LSG-TB and MGB. Bariatric surgery procedures lasted shorter in LSG than in LSG-TB. However, the shortest then LSG-TB was MGB. The remission of T2DM rates were 70% and 75% in LSG and LSG-TB groups, respectively (  $P > 9.999$ ). The rate of revision surgeries was comparable in both groups.

**Conclusion:** In conclusion, LSG took less time and provided significantly higher excess BMI loss compared with LSG-TB. T2DM remission and improvement rates were similar in both groups. LSG-TB seemed like a promising bariatric surgery technique in patients with obesity and T2DM.

**EXPLORATION OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN: EXAMINATION OF EPIDEMIOLOGICAL CONDITIONS AND EFFECTIVE APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT.**

**Abdukakhorova S.K., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Mamasolieva Sh.A.  
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.**

Relevance of the topic. Studying physical multimorbidity in pregnant women is important for developing effective strategies to prevent and manage this condition and improve maternal and child health. Regular medical monitoring of pregnant women, taking into account their medical history and the presence of concomitant diseases, rational planning of pregnancy, taking into account the presence of chronic diseases in the woman, optimization of treatment and monitoring of the condition before conception and during pregnancy, and ensuring adequate treatment of concomitant diseases during pregnancy, taking into account safety for the fetus are adequate way to prevent and treat physical multimorbidity in pregnant women.

The purpose of this study. Analysis of the frequency of occurrence, features of prevention and development of effective methods for treating physical multimorbidity in

pregnant women. Objectives of the study. Analysis of the incidence of physical multimorbidity, the prevalence of common risk factors and the study of epidemiological characteristics in groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index in the Fergana Valley. Material and methods. The object of the study is pregnant women undergoing observation in the perinatal center, maternity complexes and clinics in the period from 2019 to 2021. From the general list of pregnant women in the city of Andijan, a representative sample of 10% was formed, which amounted to 1,500 people. To conduct an epidemiological study, selected pregnant women will be examined using survey, biochemical, clinical, obstetric-gynecological and instrumental research methods.

Results. The frequency of prevalence of physical multimorbidity in the population of pregnant women living in the Fergana Valley of Uzbekistan was studied. An epidemiological study determined the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in pregnant women. Regional epidemiological characteristics of common risk factors in population groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index were studied and determined.

Conclusion. The spread of noncommunicable diseases (NCDs) is driven primarily by five major risk factors: tobacco use, harmful use of alcohol, lack of physical activity, unhealthy diet and air pollution. Limited access to diagnostic, treatment and care services for NCDs is also a significant factor. The NCD epidemic can have devastating health consequences for individuals, families and communities, and place overwhelming strain on health systems. The socioeconomic costs associated with NCDs are so great that prevention and control of these diseases have become one of the most important development challenges in the 21st century.

### **COMBINED LASER TREATMENT (577-810 NM) OF SLIGHTLY PIGMENTED MELANOMA OF THE VASCULAR MEMBRANE OF THE EYE**

**Abdurakhmanova D.A., Mashrapova Z.M.  
Andijan State Medical Institute**

One of the most important problems of ophthalmology today is the choice of a method of organ-preserving treatment of eye tumors, especially with melanomas of the choroid up to 5 mm high. When contacting an ophthalmologist of a patient with such a pathology, the question of further treatment tactics often puts the doctor in a problematic situation. On the one hand, vascular melanoma is an early metastatic malignant tumor (approximately 80% mortality rate at five-year follow-up), and this circumstance inclines the doctor towards radical surgical tactics. At the same time, high indicators of visual functions in such patients with non-central localization of the neoplasm make the need for enucleation a serious psychological problem, because timely adequate organ-preserving treatment at this stage gives good results [27]

Objective: to study the effectiveness of the laser of the true yellow radiation spectrum (577 nm) on the intrinsic vascular network of the eye tumor and its combination with infrared transpupillary thermotherapy in the treatment of slightly pigmented and non-pigmented tumors.

Material and methods: the article presents a clinical case of combined laser therapy of minimally pigmented melanoma of the vascular membrane with a size of T3 by TNM. The first stage of treatment was a laser barrage around the neoplasm. Immediately after the completion of restrictive coagulation, a "yellow" 577 nm laser coagulation of intracellular vessels was performed with a Supra 577 Y laser from Quantel Medical (France). The second

stage— TTT was performed after local application anesthesia in 2 weeks. The procedure was performed on an ophthalmic coagulator of the near infrared spectrum "IQ 810" IRIDEX (USA), using an adapter for a wide spot. A REICHEL-MEINSTER 1X laser contact lens was used. The third stage — TTT was performed after 2 months under local anesthesia (3 ml of lidocaine solution 2% retrobulbar). The central area of the tumor was irradiated, in which residual hyperfluorescence remained. Result: 4 months after combined 577-810 nm laser therapy, pronounced positive dynamics was determined, a decrease in tumor size in area and height, sclerosis of tumor vessels, seepage and accumulation of contrast, and the formation of subretinal fibrosis. 12 months after treatment, signs of progressive growth are not determined ophthalmoscopically and according to FAGD data. Visual acuity remained the same =1.0 with correction.

Conclusions: 1. Combined laser treatment (577-810 nm) of choroidal melanomas is a functionally saving method of laser treatment, has high efficiency, safety and the ability to accurately dose radiation energy. 2. Two-stage laser coagulation of medium-sized vascular melanomas (T 2-4 by TNM) and weak pigmentation localized in the paracentral and middle peripheral zones of the fundus minimizes the risk of intra- and postoperative complications and can presumably be performed in cases that were previously considered unpromising for laser treatment.

Key words: laser treatment; choroidal melanoma; yellow diode laser; infrared diode laser; pigmented tumors.

## **SURGICAL REMOVAL OF SKULL TUMORS WITH SIMULTANEOUS CRANIOPLASTY OF SKULL DEFECT**

**Adashvov Kh.A., Boboev J.I.**

**Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Neurosurgery  
Tashkent, Republic of Uzbekistan.**

The main option of surgical treatment tactics is the choice between the desire for radical removal of tumors with excision of all affected areas of the skull base and the almost guaranteed formation of a skull base defect, or a more conservative resection of the accessible part of the tumor in order to minimize complications.

Patients with early cranioplasty have been reported to demonstrate improved neurological function. These improvements are thought to be due to the restoration of normal cerebrospinal fluid (CSF) flow dynamics and resolution of a phenomenon known as trepanation syndrome. Currently, existing cranial defects are usually repaired using computer-assisted cranioplasty implants. Cranioplasty "in situ" for excision and reconstruction of the cranial vault is applicable in the surgical treatment of neoplasms of the skull bones, such as metastatic tumors and fibrous dysplasia. Performing a single-stage reconstruction avoids the need for a repeat surgical procedure to implant a computer-generated prosthesis after a period of exposure to risk due to a large skull defect.

Purpose: to evaluate the effectiveness of simultaneous cranioplasty after resection of cranial bone tumors and the relationship with the time of plastic surgery of the skull defect. Materials and methods. 39 patients underwent surgical resection of the tumor in the period 2021-2023. The average age of the patients was 36 years (from 17 to 58). The largest of which measured more than 9.0 cm. Cranioplasty was performed using either PMMA or a titanium graft.

Results and its discussion. All patients underwent resection of a tumor of the skull bones, of which 27 patients (69.2%) underwent simultaneous cranioplasty "in situ" with a

titanium plate (17 patients, 67.6%), 10 patients underwent reconstruction with polymethyl methacrylate (PMMA). The average follow-up period was 14 months. Two patients (5.9%) had complications related to graft rejection and required graft removal. Satisfactory cosmetic results were obtained in 25 patients (92.6%). The control group consisted of 12 patients with surgical resection of the tumor. All these patients suffered from chronic headache and cosmetic defect, which led to difficulty in postoperative recovery and social adaptation; 2 patients (16.47%) developed hydrocephalus in the later stages. Five patients (41.67%) showed signs of "sinking skin flap syndrom".

**Conclusion.** Restoration of anatomical integrity and cosmetic results after removal of a neoplasm of the skull bones were satisfactory when using a titanium allograft. The operating time was shorter, and the complication rate after single-stage cranioplasty was significantly low. Thus, cranioplasty of a postoperative cranial defect with titanium grafts may be a reasonable alternative to other methods of cranioplasty in adult patients with benign neoplasms of the calvarial bones.

### **ASSOCIATION OF VITAMIN D LEVELS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS: RESULTS AND ANALYSIS**

**Aysacheva M.O., Yusupova Sh.Q., Nishanova M.S.  
Andijan state medical institute**

A multifactorial disease that is characterized by autoimmune destruction of thyroid cells, also known as autoimmune thyroiditis (AIT) or Hashimoto's thyroiditis, is a common disease of the endocrine system. In the development of this disease, the genetic component plays a significant role, accounting for about 70%, while the environment contributes at a level of about 30%, including excess iodine, smoking, infectious diseases, childbearing, and possibly vitamin D deficiency. Women suffer from AIT more often than men in a ratio of 4-71. In addition, cases of the disease are often found in relatives, which emphasizes the genetic predisposition.

The aim of this study was to study the vitamin D content in the blood of patients with autoimmune thyroiditis.

**Materials and methods.** The study included 64 women with diagnosed autoimmune thyroiditis. Patients were divided into groups according to the degree of obesity by body mass index (BMI): normal weight (BMI < 25), overweight (BMI 25-30) and obese (BMI > 30). The level of vitamin D in the blood serum was measured using special tests. The mean age of all patients with autoimmune thyroiditis was  $39.5 \pm 9.2$  years. For the control group, 30 practically healthy people were studied. All patients were diagnosed with grade 1 thyroid enlargement. Anthropometric studies were performed and vitamin D - 25(OH) levels were measured in blood serum, levels of thyroid-stimulating hormone (TSH), free thyroxine (free T4), antibodies to thyroperoxidase (AT-TPO), calcium, as well as ultrasound examination of the thyroid gland and kidneys.

**Results.** The analysis of thyroid hormone parameters revealed: euthyroidism in 27 (42%) patients and hypothyroidism in 37 (58%) patients. Among them, patients with subclinical hypothyroidism (SH) prevailed - 27 (73.9%) compared with manifest hypothyroidism (MH) - 10 (26.1%). Among these patients, 30 (47.0%) had vitamin D deficiency, 20 (31.3%) had vitamin D deficiency, determined by the level of 25 (OH)D in the blood serum. Normal vitamin D content was observed in 14 (21.7%) patients. There was a significant increase in AT-TPO in patients with manifest hypothyroidism compared to SH and euthyroidism ( $600 \pm 200$  IU / ml compared to  $300 \pm 50$  IU / ml and  $250 \pm 40$  IU / ml).

Analysis of AT-TPO levels in the blood showed an inverse relationship between 25 (OH) D levels and AT-TPO in the blood serum. In the control group, 18 (60%) patients had vitamin D deficiency and 12 (40%) patients had normal vitamin D levels.

The analysis revealed a correlation between BMI values, vitamin D levels and the development of autoimmune thyroiditis in women. Vitamin D levels were found to be inversely correlated with BMI: with an increase in BMI, a decrease in vitamin D levels was observed. In addition, it was found that women with higher BMI values had a higher risk of developing autoimmune thyroiditis.

Conclusions:

Among the examined patients with autoimmune thyroiditis, 47.0% had a deficiency, 31.3% had a vitamin D deficiency, determined by the level of 25 (OH)D in the blood serum. Content 25 (OH)D in the blood was inversely proportional to the level of AT-TPO in the blood serum.

## **BIOLOGIKAL MATURITY GIRLS PLAY SPORTS**

**Akbarova Gulnoza Khaydaraliyeva**  
**Andijan State Medical Institute, Uzbekistan**

Relevance. Physical exercises can prolong the function of the growth zones of long tubular bones, delay the fusion of the epiphyses and diaphyses of bones and, thus, increase the growth of the body. At the same time, intensive strength exercises can accelerate the process of ossification of bone growth zones and slow down their growth in length. The influence of physical exercises on the process of biological maturation is noted. Gymnastics, which requires intense speed and strength loads, delays puberty. On the other hand, it is indicated that the relatively slow puberty of gymnasts is associated with the selection of girls with a special somatotype in this sport. It was found that the later onset of menstruation in female athletes does not have a negative effect on the maturation process and fertility (the ability to procreate). Observations are made about the normalizing influence of sports on the puberty of girls.

The purpose of the study. Our goal is to study physical activity of varying intensity on the formation of secondary sexual characteristics and hormonal status of girls in adolescence. Each biological process peculiar to a given organism is not in a stationary state, but fluctuates with a certain frequency. According to the duration, there are, for example, circadian cycles, and infradian cycles, a typical example of which is the menstrual cycle.

Materials and methods, results. Violations of menstrual function in athletes were detected by applying a questionnaire survey that contains several paragraphs and sub-paragraphs where passport data, anthropometric indicators, taking into account anthropometric indices, information about the menstrual cycle are indicated. Of 135 female athletes aged 1-3 to 16 years engaged in various sports - gymnasts, menstrual function disorders were noted in 86.7% (primary or secondary amenorrhea, irregular MC), in swimming-in 57.1%. The general condition also changes during the menstrual cycle. In a large percentage of cases, athletes indicate an increase in irritability in the premenstrual (45%) and menstrual (36%) phases. During these phases, girls note an increase in fatigue of 46.5% and 58% (respectively). In girls, secondary sexual characteristics continue to form during puberty and the clearest indicator of the onset of puberty is the age of the onset of the first menstruation - menarche.

**Conclusions.** 1. Physical exercise has a positive effect on all major systems of the body and thus promotes health. 2. Along with a beneficial effect on human health, physical exercise, if the requirements of sports are not observed, can be harmful.

**Bibliography:**

1. Federal Law "On Physical Culture and Sports in the Russian Federation" No. 329 of December 4, 2007 (as amended on November 22, 2016) // <http://doc.cntd.ru/document/>  
Bychkova O.V. Introduction to sports in the family and school O.V. Bychkova

**ADVANCING DIAGNOSTIC ACCURACY IN ISCHEMIC HEART DISEASE THROUGH AI MODELING**

**Alyavi A.L., Alyavi B.A., Abdullaev A.Kh., Uzokov J.K., Muminov Sh.K., Iskhakov Sh.A., Ashirbaev Sh.P., Vikrov I.P.**

**Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan**

**Purpose of the study:** The early identification of ischemic heart disease (IHD) is crucial for the implementation of preventive measures and treatments to mitigate the risk of more severe cardiovascular events. This study evaluates the diagnostic accuracy of an artificial intelligence (AI) model designed to identify IHD using electrocardiogram (ECG) data from a diverse cohort.

**Material and research methods:** We conducted a retrospective analysis of ECG data from 2000 patients suspected of having IHD, with diagnoses confirmed via coronary angiography. An AI model, employing advanced machine learning techniques, was developed and trained on a dataset comprising both positive and negative cases of IHD. The model's diagnostic performance was evaluated through cross-validation, focusing on its sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and area under the receiver operating characteristic curve (AUC-ROC).

**Research results:** The AI model demonstrated high diagnostic accuracy, with an AUC-ROC value of 0.78 indicating a strong ability to differentiate between patients with and without IHD. Sensitivity and specificity metrics further highlighted the model's effectiveness (71%, 74% respectively), positioning it as a significant improvement over traditional diagnostic methods ( $P < 0.05$ ). The application of AI in diagnosing IHD presents a promising avenue for enhancing diagnostic accuracy and efficiency. The model's high performance suggests its potential utility as a supportive tool in clinical settings, aiding healthcare professionals in making more informed decisions regarding patient care.

**Conclusion:** This study confirms the potential of AI models to revolutionize the diagnosis of ischemic heart disease, offering a more accurate, efficient, and non-invasive diagnostic tool. Further research and validation are required to integrate such models into clinical practice fully, but the preliminary results underscore the transformative impact of AI on cardiovascular medicine.

## **ENHANCING ISCHEMIC HEART DISEASE DIAGNOSIS THROUGH AI: A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK APPROACH USING ECG DATA**

**Alyavi A.L., Alyavi B.A., Abdullaev A.Kh., Uzokov J.K., Muminov Sh.K., Iskhakov Sh.A., Ashirbaev Sh.P., Vikrov I.P.**

**Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan**

Purpose of the study: Early and accurate diagnosis of ischemic heart disease (IHD) is crucial for timely intervention and management. Traditional diagnostic methods rely heavily on ECG interpretations by clinicians, which can be subjective and vary in accuracy. This study explores the potential of artificial intelligence (AI), specifically convolutional neural networks (CNNs), in diagnosing IHD using ECG data, aiming to provide a more objective and reliable diagnostic tool.

Material and research methods: This retrospective study analyzed ECG data from 2000 patients, validated against coronary angiography findings. The dataset included patients with lateral ischemic changes on ECG and controls with normal ECGs. We developed and trained disease-specific CNN models on 70% of the dataset, validating the models on the remaining 30%. The performance of the CNNs was assessed using the area under the receiver operating characteristic curve (AUC ROC), specificity, sensibility, and other relevant scientific metrics.

Research results: The CNN model demonstrated a promising ability to distinguish between ECGs indicative of IHD and normal ECGs. The model achieved an AUC ROC of 0.79, with a specificity of 71% and a sensibility of 74%. These results indicate a high overall performance, highlighting the model's potential in improving the diagnostic accuracy for IHD ( $P < 0.05$ ). Further analyses of the model's outputs and comparisons with traditional diagnostic methods underscored the benefits of integrating AI into clinical practice for IHD diagnosis.

Conclusion: The application of a disease-specific CNN model for the diagnosis of IHD using ECG data presents a significant advancement in cardiac care. The model's high accuracy, demonstrated through robust scientific metrics, supports its potential as a supplementary tool for clinicians. Future work will focus on refining the model and exploring its integration into clinical workflows, aiming to enhance early diagnosis and treatment of IHD.

## **ACHIEVEMENTS IN PREVENTIVE MEDICINE (ON THE EXAMPLE OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY)**

**Asrankulova D.B., Kuzieva G.A., Mamasoliev N.S., Kurbonova R.R.**  
**Andijan State Medical Institute**

Relevance of the topic. The study of the problem of hypertensive and vegetative crises during pregnancy in the Fergana Valley is relevant due to the high incidence and complications in pregnant women. Epidemiological data indicate a constant increase in the incidence of these crises, which is associated with genetic predisposition, unfavorable environmental situation, nutritional imbalance and low level of physical activity. One of the important prevention strategies is regular medical monitoring of pregnant women, taking into account their individual characteristics and risks. It is also necessary to conduct systematic examinations to identify risk factors and timely intervention to prevent crisis conditions. A healthy lifestyle, blood pressure control, a healthy diet and exercise under the supervision of specialists should be part of an effective prevention strategy. Purpose of the study. To

investigate the prevalence, main risk factors, impact on the fetus and treatment strategies for hypertension in pregnant women.

**Materials and methods of research.** A descriptive retrospective study was conducted using 1500 individual medical records of pregnant women, taking into account various forms of hypertensive disorders registered in the antenatal clinic of the Fergana Valley. The main evaluation criteria were data collected through questionnaires. As a result of comparing the study group with a control group of healthy women, epidemiological differences were discovered, and pregnancy outcomes and the condition of the newborn according to the Apgar score were analyzed.

**Research results and discussion.** Women with this pathology were in the age range from 28 to 39 years, and every fourth (25%) of them was primigravida. A particularly high proportion of pregnant women in late reproductive age was 68.9%. In the control group without arterial hypertension, the age range was wider (20 - 39 years), but the proportion of women in late reproductive age was insignificant (6.7%). Among all cases of hypertensive disorders, 35.1% were classified as chronic arterial hypertension. and 64.9% - gestational (related to pregnancy). In 77.5% of patients, the diagnosis of stage 1 hypertension was confirmed, while 25.5% were diagnosed with stage 2 hypertension with target organ damage, such as narrowing of the retinal arteries or left ventricular hypertrophy, identified by echocardiography.

**Conclusion.** Thus, studying data on crises during pregnancy in the Fergana Valley will allow us to identify the main risk factors and develop effective prevention strategies to improve the health of pregnant women and reduce the risk of complications in the perinatal period.

## **STRATEGIES FOR PREVENTING AND TREATING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN.**

**Asrankulova D.B., Mamasoliev N.S., Abdukakhorova S.K., Kurbonova R.R.  
Andijan State Medical Institute.**

**Relevance of the topic.** The study of physical multimorbidity in pregnant women is an important task from the point of view of ensuring the health of both mother and fetus. Multimorbidity in pregnant women, that is, the presence of several diseases or conditions in one woman, can significantly increase the risk of complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period. To analyze the epidemiological status of physical multimorbidity in pregnant women, it is necessary to conduct extensive epidemiological studies, including analysis of medical data, keeping statistics about diseases in pregnant women, as well as the study of risk factors and pathophysiological mechanisms of interaction between various diseases.

**Systematic research of new methods of diagnosis, prevention and treatment of diseases in pregnant women in order to improve the effectiveness of medical care.**

**The purpose of this study.** Studying the frequency of occurrence, features of prevention and development of adequate ways to treat physical multimorbidity in pregnant women.

**Research objectives.** Studying the incidence of physical multimorbidity, the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in the population of pregnant women in the Fergana Valley. Study of the epidemiological characteristics of common risk factors in groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index.

**Material and methods.** The object of the study will be pregnant women observed in the perinatal center, maternity centers and clinics during 2019-2021. A 10% representative

sample of 1,500 people was formed from the list of pregnant women in Andijan. Pregnant women selected for the epidemiological study will be examined using survey, biochemical, clinical, obstetrician-gynecological and instrumental research methods. Results. The frequency of prevalence of physical multimorbidity in the population of pregnant women living in the Fergana Valley of Uzbekistan was studied. An epidemiological study determined the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in pregnant women. Regional epidemiological characteristics of common risk factors in population groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index were studied and determined.

Conclusion. In general, the approach to managing physical multimorbidity in pregnant women should be comprehensive, multidisciplinary and focused on the individual needs of each woman, taking into account her medical history and characteristics of pregnancy.

### **APPLICATION OF MORPHOMETRIC METHODS IN THE SURGICAL TREATMENT OF MYELODYSPLASIA**

**Akhmediev M.M.1,2, Karimov S.S.1, Akhmediev T.M.2**

**Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Neurosurgery1  
Tashkent medical academy2, Tashkent, Uzbekistan**

Objective: Using morphometric diagnostic methods developed by us for the first time to improve the outcomes of surgical treatment of spina bifida with tethered cord syndrome.

Materials and Methods: A study was conducted at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Neurosurgery on 21 patients who were under treatment from 2016 to 2022. The patients undergoing treatment were 18 years and older, with an average age of 28 years. Among them, there were 6 males (28.6%) and 15 females (71.4%). The most common localization was the lumbosacral region in 11 patients (52.4%). Diagnosis was based on clinical and neurological symptoms, MRI/CT scans, and EMG studies. We developed a method for determining the angle of nerve root exit from the spinal cord using applied programs. The study focused on the lumbar-sacral region (VL1-VL5), where spina bifida is most commonly localized. In healthy individuals, the angle of nerve root exit at the level of VL2-VL3, VL3-VL4 was 66-74°. Our research showed that in patients with spina bifida, the angle of nerve root exit in a similar region was (49-60) degrees lower, indicating spinal cord tension.

Results: The main clinical form in the study group were patients with meningocele, comprising 9 patients (42.86%). The severity of neurological disorders depends on the localization, type, and content of spina bifida, showing a progressive nature and the ability to compensate until a certain age. Seventeen patients (81%) underwent surgical treatment, with 7 patients (81%) receiving operative treatment using the INOMED electronic neuro-monitoring system to minimize neurological complications. Indications and contraindications for neurosurgical intervention were subject to lively discussion in each case. The absence of a standard surgical technique for this condition is explained by the complexity of the topographic-anatomical relationships. One of the key stages of the operation involves bony landmarks in the context of "defective" anatomy to relieve compression on the spinal cord and its roots, which may affect the possibility of worsening neurological symptoms after

surgery. Hence, we decided to study the morphometric values of the angle of nerve root exit from the spinal cord to facilitate their verification during surgery.

Conclusions: The diagnosis of spina bifida in adults is significantly similar to that in children and involves magnetic resonance imaging and/or multislice computer tomography, supplemented by neurophysiological methods. Performing surgical correction considering the morphometry of spinal dysraphism elements in adults resulted in favorable and stable clinical outcomes in 81% of patients. Surgery should primarily be performed on patients with newly developed or progressing neurological symptoms with nerve root exit angles of 66-74°.

## **STUDY OF PALPATION AND PERCUSSION OF THE HEART IN SIMULATED CONDITIONS**

**Bektasheva G.M., Xolmatova G.A., Soliev Mukhammadjan Bakhtiyar ogli.  
Andijan State Medical Institute.**

Resume. This article cites palpation and percussion of the heart, its accuracy, which states that palpation and percussion of the heart are performed in such an order. The methodology of this process and the sequence of execution are presented on the basis of the procedure on what skills students will acquire in the process of disembarkation to students. This was done on the basis of the basic law rules on how to perform this process in the work of a doctor to students. This allows students a great deal in accurately diagnosing heart disease.

Keywords: heart disease, right relative joint border of the heart, left relative joint sound of the heart, right border, left border.

Резюме. В этой статье цитируются пальпация и перкуссия сердца, его болезненность, в которой говорится, что пальпация и перкуссия сердца выполняются в таком порядке. Методология этого процесса и последовательность выполнения представлены на основе процедуры о том, какие навыки студенты приобретут в процессе высадки для студентов. Это было сделано на основе правил основного закона о том, как выполнять этот процесс в работе врача для студентов. Это позволяет студентам во многом точно диагностировать сердечные заболевания.

Ключевые слова: порок сердца, правая относительная суставная граница сердца, левый относительный суставной звук сердца, правая граница, левая граница.

Relevance. Heart disease (heart disease) is a group of pathologies related to the cardiovascular system, manifested by a violation of the normal functioning of the heart. Such diseases may have been caused by damage to the epicardium, pericardium, myocardium, endocardium, valve apparatus of the heart, and blood vessels.

Heart disease can take place for a long time in a latent form, without a clinical picture. In addition to various tumors, today it is one of the main causes of early death in developed countries.

Women may not recognize the symptoms of heart disease. This is because their symptoms can also occur with other diseases. Women also have other risk factors, such as depression, stress, and menopause.

Heart disease can take place for a long time in a latent form, without a clinical picture. In addition to various tumors, today it is one of the main causes of early death in developed countries.

**Material and methods.** Simulation training was carried out at the Andijan State Medical Institute simulation center using therapeutic simulators in simulation rooms designed for therapeutic directions. Palpation and percussion of the heart in the patient examination were used.

**Purpose of scientific work.** Teaching students palpation and percussion of the heart in simulation conditions, and through this, teaching them the skills of working with the patient.

**Research results.** In the studies of the conducted simulation, students were able to perform the following actions independently and apply it in practice in patients.

*Determination of the right relative articular border of the heart.* One rib we go up (V to the rib). Plessimeter-the finger is inserted into the rib interval parallel to the collarbone. Percussive at slow intensity, depending on the sound choked from the sound of a clear lung with a small step. The mark is put by a plessimeter-a clear pulmonary sound of the finger (the collarbone is 1-1.5 cm outside the right bank).

*Determination of the left relative articular sound boundary of the heart.* First the heart peak trigger V rib spacing 1.from medioclavicularis sinistra we find 1.5-2 cm inside. Then from it 2cm. percussion is performed starting from the lateral position. If it is not possible to identify the cardiac crest trigger, the percussion is percussed between the V rib from the axillaris anterior sinistrae, with the finger held parallel to the collarbone. With small steps, slow percussion is performed depending on the sound choked from the sound of a clear lung Sign plessimeter - by the clear pulmonary sound of the finger (l.medioclavicularis sinistrae 1.5-2 cm inside).

*Determination of the upper relative articular sound boundary of the heart.* Finger-plessimeter l. pasternalis is placed 2cm out of sinistrae into the 2-fold range. The fine steps are gently percussed between the costal surface and the costal area, depending on the sound boxed from a clear lunge sound. The mark is put by a plessimeter - a clear pulmonary sound of the finger (3 upper edge of the ribs). Compliance with execution technique and sequence.

*Determination of the right absolute calf sound limit of the heart.* The right relative articular sound boundary where the finger-plessimeter is found is placed parallel to the IV rib interval, the collarbone. Gently percussion is performed from a choking sound with a small step, depending on the absolute choking sound. The mark is put by a plessimeter-a clear lunular sound (strangulated) of the finger (left edge of the collarbone).

*Determination of the left mutlockian sound limit of the heart.* The left relative joint where the finger-plessimeter is found is placed parallel to the sound border, the collarbone. Gently percussion is performed from a choking sound with a small step, depending on the absolute choking sound. The mark is put by a plessimeter-a clear pulmonary sound of the finger (strangulated) (1-1.5 cm inside the left mutlock throat border of the heart).

*Determination of the upper mutlockian sound limit of the heart.* The yukori where the finger-plessimeter is found is sung parallel to the relative bugic boundary, the covurga. From a bugicized sound with a tiny CADAM to a bugic sound, the Carbine is a slow percussion

kilinac. The sign is sung by the plessimeter-the anic upka sound of the finger (bugicized) (yukori Kirra of 4 kovurga).

Conclusion. Students who used therapeutic simulators in simulation rooms for the therapeutic areas of the simulation center of the Andijan State Medical Institute were taught cardiac palpation and percussion in simulation conditions, through which they were endowed with the skills of working with the patient. This of course allows students to perform heart palpation and percussion without hesitation in the process of examining them in the conditions of working with the patient. These heart diseasesinierta will be of great help to diagnose.

### **A LONG-TERM REVIEW OF THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF DIABETIC PHLEGMON OF THE LOWER EXTREMITIES.**

**Bektasheva G.M., Soliyev M.B., Jutayev G.G.  
Andijan State Medical Institute**

The purpose of the study. Improvement of the results of purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus by using photodynamic therapy in combination with laser radiation.

Research materials and methods. The clinical study covered the period from 2020 to May 2023, a total of 110 patients operated on in the department of purulent septic surgery at the ASMI clinic for phlegmon of various localization in the lower extremities that developed against the background of diabetes. All patients were divided into two groups. The main group included 53 patients in whom, for the period from 2022 to May 2023, surgical treatment of phlegmon of the lower extremity was performed using an improved method of treating purulent necrotic processes of the lower extremities in patients with DM. The comparison group included 57 patients (2020-2021), in whom surgical treatment was carried out according to the traditional method. Both groups were comparable in all major indicators: gender, age, localization and severity of the purulent necrotic process, etc.

The distribution of patients by phlegmon localization on the lower limb showed that in the comparison group there were 24 (42.1%) patients with purulent necrotic process on the thigh and lower leg, in the remaining 9 (15.8%) cases the lesion was in the knee area. In the main group there were 22 (41.5%) patients with femoral phlegmon, 8 (15.1%) in the shin area and 23 (43.4%) on the shin.

Men significantly prevailed in the groups and accounted for 73.7% (42 patients) in the comparison group and 69.8% (37 patients) in the main group. The age of the patients ranged from 18 to 70 years. In most cases, patients were between 40 and 70 years old – 82.5% (47 patients) in the comparison group and 81.1% (43 patients) in the main group.

All patients complained of febrile fever, general intoxication, redness and swelling at the site of the purulent-necrotic process, as well as softening of the infiltrate with the development of a purulent cavity. In the comparison group, 42 (73.7%) and 45 (84.9) in the main group complained of chills, about 10% of patients noted an increase in lymph nodes.

Depending on the type of phlegmon, the distribution showed the following. In the comparison group, 21 (36.8%) patients and in the main group 17 (32.1%) had purulent phlegmon, serous in 6 (10.5%) and 4 (7.5%) patients, respectively, putrefactive in 7 (12.3%) and 7 (13.2%), necrotic in 13 (22.8%) and 16 (30.2%), anaerobic in 10 (17.5%) and 9 (17.0%) patients.

After a short preoperative course of examination and preparation, all patients were operated on. An autopsy of a purulent necrotic lesion was performed, with necrectomy, while, as mentioned above, the wound management technique differed in the comparison groups.

In both groups, the autopsy and sanitation of the hearth were technically identical. The differences were in addition to the main group of methods of physical impact on the wound, that is, laser irradiation and the photodynamic effect of methylene blue.

The results of the study. Long-term results were followed in all patients within a period of 3 to 12 months. Both immediate results were taken into account, that is, wound healing without relapse, as well as factors such as prolonged wound healing (more than 4 weeks), the formation of a rough postoperative scar, while one patient in the comparison group was singled out separately, in whom the formation of a scar led to a functional disorder of the joint. In the comparison group, there were 29 (50.9%) patients without complications in the long-term period, whereas in the main group this indicator was significantly higher and amounted to 81.1% (in 43 of 53 patients) ( $\chi^2=11.118$ ;  $df=1$ ;  $p<0.001$ ). Phlegmon recurrence was noted in 3 (5.3%) cases in the comparison group, long-term healing was observed in 7 (12.3) patients in the comparison group and 1 (1.9%) patient in the main group. Gross scarring was observed in 17 (29.8%) and 9 (17.0%) patients, respectively.

In cases of the formation of a rough postoperative scar, physiotherapy procedures, anti-inflammatory and local treatment were mainly performed. These complications occurred mainly 3-4 weeks after surgery.

Evaluation of the long-term results of surgical treatment of lower limb phlegmon in patients with diabetes mellitus implied the following gradation: good, satisfactory and unsatisfactory result.

Good outcomes included cases when the patient's limb function was completely preserved; there were no complaints, there was satisfaction with the result of surgical treatment, and there were no rough postoperative scars. Satisfactory results included the presence of gross hypertrophic scars at the site of postoperative wounds, if long-term wound healing was noted, there were no functional disorders in the extremities, if there was minor discomfort in the surgical area. The unsatisfactory results of the operation included cases with the development of recurrent phlegmon, as well as the formation of a pronounced hypertrophic scar with functional disorders in the limb.

With hip phlegmon, good results were obtained in 14 (58.3%) patients in the comparison group and 19 (86.4%) in the main group, satisfactory in 9 (37.5%) and 3 (13.6%) patients, respectively, and unsatisfactory in 1 (4.2%) patient in the comparison group. With knee phlegmon, good results were obtained in 5 (55.6%) patients in the comparison group and 6 (75.0%) in the main group, satisfactory in 3 (33.3%) and 2 (25.0%) patients, respectively, and unsatisfactory in 1 (11.1%) patient in the comparison group. With lower leg phlegmon, good results were obtained in 10 (41.7%) patients in the comparison group and 18 (78.3%) in the main group, satisfactory in 12 (50.0%) and 5 (21.7%) patients, respectively, and unsatisfactory in 2 (8.3%) patients in the comparison group (Table 5.9). Overall, good results were obtained in 29 (50.9%) patients in the comparison group and 43 (81.1%) in the main group, satisfactory in 24 (42.1%) and 10 (18.9%) patients, respectively, and unsatisfactory in 4 (7.0%) patients in the comparison group ( $\chi^2=12,358$ ;  $df=2$ ;  $p=0,003$ ).

Thus, the persistent antibacterial effect combined with the acceleration of regeneration processes made it possible to reduce the incidence of long-term complications after surgical treatment of purulent necrotic processes of the lower extremities in patients with diabetes mellitus from 50.9% (in 28 out of 57 patients) in the comparison group to 18.9% (in 9 out of 53 patients) in the main group ( $\chi^2=11,118$ ;  $df=1$ ;  $p<0.001$ ), including a reduction in the risk of formation of gross scarring processes from 31.6% (18) to 17.0% (9), long-term wound

healing from 12.3% (7) to 1.9% (1), as well as the absence of recurrence of phlegmon (5.3% in the comparison group), which generally ensured an increase in the proportion of good surgical results from 50.9% (29) to 81.1% (43) with no unsatisfactory outcomes (7.0% in the comparison group;  $\chi^2=12,358$ ;  $df=2$ ;  $p=0,003$ ).

Conclusion. The persistent antibacterial effect, combined with the acceleration of regeneration processes, made it possible to reduce the incidence of long-term complications after surgical treatment of purulent necrotic processes of the lower extremities against the background of diabetes mellitus from 50.9% to 18.9% ( $p<0.001$ ), including a reduction in the risk of formation of rough scarring processes from 31.6% to 17.0%, long-term wound healing from 12.3% up to 1.9%, as well as the absence of recurrence of phlegmon (5.3% in the comparison group), this generally ensured an increase in the proportion of good results from 50.9% to 81.1% with no unsatisfactory outcomes (7.0% in the comparison group;  $p=0.003$ ).

### **FEATURES OF THE BLOOD CLOTTING SYSTEM IN PATIENTS WITH COVID-19 WHO HAVE UNDERGONE CORONARY STENTING**

**Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.  
Andijan State Medical Institute**

Platelets and leukocytes not only participate in bidirectional pathways designed to enhance the body's defense and contain the virus, but also spread the procoagulant state as a means of protection. Additional interactions of platelets and von Willebrand factor with neutrophil extracellular traps (nets) are key mechanisms in immunothrombosis. After exposure to the virus, activated platelets and cytokines, neutrophils undergo the formation of networks through a process called netosis. Extracellular traps of neutrophil cells are a matrix of DNA, histones and various neutrophils with antimicrobial properties. In addition to providing antimicrobial protection, networks play a fundamental role in providing a framework for procoagulant effectors consisting of platelets, von Willebrand factor, tissue factor, extracellular histones, highly mobile box-1 group, serine proteases of neutrophil cells and fibrinogen. Extracellular neutrophil cell traps also provide a catalytic platform for the proteolytic activity of neutrophil serine proteases such as neutrophil elastase, which disrupts and alters the function of anticoagulants such as thrombomodulin. Histone H4 binds to prothrombin and generates thrombin by autoactivation. It has also been shown that extracellular neutrophil traps bind to factor XII (Hageman factor), which leads to its activation in FXIIa. Confirmation of netosis in COVID-19 was the detection of microvascular thrombi containing multiple neutrophils with extracellular neutrophil traps (NET) at the autopsy of patients. Antiphospholipid antibodies. Another mechanism of hemostasis involvement in the pathogenesis of COVID-19 is the production of antiphospholipid antibodies. The Chinese authors described 3 patients with COVID-19, in whom thrombotic complications, manifested by thrombosis of the arteries of the extremities, ischemic strokes, occurred on the 3rd, 10th and 18th days of the disease.

A detailed examination revealed antibodies to  $\beta$ 2-glycoprotein-I, related to immunoglobulins (Ig) of classes G and A, as well as anticardiolipin antibodies related to IgA. The French authors examined 56 patients with a confirmed diagnosis of COVID-19 and found lupus anticoagulant in 25 (45%), while antibodies to  $\beta$ 2-glycoprotein and anticardiolipin antibodies were detected in only 5 (10%). The insidiousness of lupus anticoagulant in COVID-19 is that, on the one hand, an increase in activated partial thromboplastin time (APTT) is determined in humans, and on the other hand, a complication of the course of the disease with thrombosis. Moreover, in the presence of a lupus anticoagulant, it is impossible

to focus on the APTT index when prescribing heparin [21]. Diagnostics. A number of blood clotting disorders are usually found in patients with severe COVID-19 and about 20-55% of COVID-19 patients admitted to the hospital have laboratory signs of coagulopathy.

In the context of a pandemic, clinicians in the treatment of patients with COVID-19 need simple diagnostic criteria that allow them to establish COVID-19 associated coagulopathy and determine treatment tactics based on this. The most significant are the D-dimer, prothrombin time, platelet count, and plasma fibrinogen concentration (the indicators are arranged in descending order of prognostic significance). The degree of increase in the concentration of D-dimer in the blood is the most significant change in the hemostasis system in patients, and can be used as a prognostic parameter reflecting the severity of a person's condition. The increase in prothrombin time is not unique to COVID-19. This indicator did not significantly differ in patients with pneumonia caused by SARSCoV-2 and pneumonia of other etiology. At the same time, with COVID-19, an increase in prothrombin time is associated with the severity of the condition. Unlike DIC, in which hypofibrinogenemia is one of the diagnostic criteria, hyperfibrinogenemia is more common with COVID-19. Fibrinogen is an acute phase protein, the content of which increases with inflammation. However, at a late stage of the disease, the fibrinogen level was significantly lower (6 times the upper limit of the norm) and showed lower mortality rates when administered with NMH (40-60 mg enoxaparin per day) or NG (10,000- 15,000 units /day) than those who did not receive them.

A number of points of application of heparin in COVID-19 associated coagulopathy are known. In addition to the fact that heparin is an anticoagulant, in the lungs it reduces inflammation and thrombosis, the severity of ARDS, improves oxygenation; reduces the formation of blood clots in the coronary arteries and heart cavities, the severity of myocardopathy and cardiac dysfunction due to ischemic hypoxia of the subendothelial layer; in other organs it also reduces the severity of microvascular ischemia, multiple organ dysfunction, the severity of edema and capillary leakage. In addition, being an anion, it binds proteins and thereby inhibits the attachment of the virus. Heparin also has a wide range of positive effects: anti-atherosclerotic, analgesic, anti-inflammatory, antiallergic, immunosuppressive, lipid-lowering, diuretic, potassium-sparing. It is worth noting the pharmacokinetics of anticoagulants in patients with renal insufficiency.

Chronic kidney disease (CKD) is associated with impaired plasma protein binding and a subsequent increase in the concentration of the drug in the blood. The excretion of drugs by the kidneys occurs mainly by glomerular filtration and less often through tubular secretion and reabsorption. In CKD, both glomerular and tubular secretion decreases and, as a result, the half-life of drugs increases. Due to the presence of a renal route of elimination in all oral anticoagulants, their pharmacokinetics, to one extent or another, changes with a decrease in glomerular filtration rate, which requires dose adjustment depending on creatinine clearance. Therefore, the use of anticoagulants for the prevention of thromboembolic complications of COVID-19 requires special attention in patients with chronic kidney disease. It is also not recommended to use NMH and fondaparinux sodium in patients with severe renal insufficiency or rapidly changing renal function.

## **THE BASIS FOR CORRECTING CHANGES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE**

**Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.  
Andijan State Medical Institute**

Hypertension and coronary heart disease are the main causes of the development of LVHD and diastolic heart failure (Mareev V.Yu., 2003). Violation of VFLF in patients with hypertension has a multifactorial nature and does not occur in isolation, but simultaneously with a violation of the morphofunctional state of other organs and systems, or with their pathogenetic participation, due to prolonged exposure to high blood pressure. According to the theory of "wear", hypertension is also the main cause of damage to the valves of the heart, DC, which in old age, even without the formation of a defect, leads to the development of LDL.

The purpose of the study. Based on the above, the aim of the study was to find new pathogenesis mechanisms, develop criteria for clinical and functional classification and give a comparative assessment of various types of treatment for left ventricular diastolic dysfunction in patients with hypertension and coronary heart disease.

Materials and methods of research. The study included patients aged no older than 70 years with a stable course of coronary heart disease (CHD) during the previous month, with a left ventricular ejection fraction (LVEF) of at least 45%. A mandatory criterion was the presence of a stable sinus rhythm in the patient.

The results of the study and their discussion. Endothelial dysfunction contributes to the development of LDL in hypertension, expressed in a decrease in endothelium-dependent vasodilation and a 1.36-fold increase in serum endothelin-1 concentration, as well as vascular remodeling with an increase in the thickness of the intima-media complex and the stiffness of the artery walls.

Long-term hypertension with a predominant increase in the level, variability and daily load of SAD contributes to the development of DC AK, which is accompanied by an increase in the systolic velocity of aortic blood flow and the pressure gradient between the LV and the aorta and is an independent risk factor for both hypertrophic remodeling and LV DD, progressing as the number of calcified valves increases, which does not allow even moderate DC can be considered a benign process.

Conclusion. The effectiveness of the use of myocardial cytoprotectant metazidine in normalizing global and regional LVHD caused by myocardial ischemia and hibernation has been proven. The combined therapy with IAPFENALAPRIL and Aatjlozartan has been proven to be more effective in the reverse development of LV remodeling and normalization of LVL, compared with monotherapy with each of these drugs separately.

## **DISTINCTIVE FEATURES OF CORRECTION OF CHANGES IN PATIENTS WITH A DIASTOLIC FUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE**

**Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.  
Andijan State Medical Institute**

The significance and role of LDL in the pathogenesis, clinical course and prognosis of HF has been determined only over the past three decades. Currently, it has been proven that diastolic disorders are the cause of HF in about 30-40% of cases. Moreover, there is evidence

that violations of the diastolic properties of the myocardium usually precede a decrease in LV pumping function and may even lead to the appearance of HF symptoms in isolation.

According to the theory of "wear" (Kushakovskiy M.S., Balyabin A.A., 1991) hypertension is also the main cause of damage to the heart valves of DC, which in old age, even without the formation of a defect, leads to the development of LVHD.

The purpose of the study. Based on the above, the aim of the study was to find new pathogenesis mechanisms, develop criteria for clinical and functional classification and give a comparative assessment of various types of treatment for left ventricular diastolic dysfunction in patients with hypertension and coronary heart disease.

Materials and methods of research. The study included patients aged no older than 70 years with a stable course of coronary heart disease (CHD) during the previous month, with a left ventricular ejection fraction (LVEF) of at least 45%. A mandatory criterion was the presence of a stable sinus rhythm in the patient.

The results of the study and their discussion. The features of the AH syndrome that contribute to the development of LDL are the duration of its existence in the presence of a high level and daily load, both SAD and DAD, increased variability of blood pressure during the day, no decrease, increase and high blood pressure load at night, as well as a high rate of morning blood pressure rise.

In the presence of LDL in patients with hypertension, microalbuminuria occurs 6 times more often than with normal LV relaxation, while the identification of correlations between the fact of detection of microalbuminuria and DFLH indicators does not mean the direct participation of microalbuminuria in the pathogenesis of impaired relaxation, but indicates the synchronous development of two processes - morphofunctional LV restructuring and nephropathy, equally dependent from the severity of the hypertension syndrome, in particular from the lack of nocturnal decrease in blood pressure.

In most patients, hypertension developed against the background of LV remodeling according to the type of concentric hypertrophy with a tendency, in the presence of volume overload, to form eccentric hypertrophy, and high correlations reliably confirmed the dependence of LV development on an increase in LV myocardial mass.

Conclusion. New criteria have been developed for determining the stage of LVDD based on Doppler echocardiographic examination of high-amplitude reflected motion signals and parameters of the transmittal blood flow, as well as assessment of clinical and functional factors: features of the daily blood pressure profile, severity of MAU, nature and degree of LV and peripheral vascular remodeling, degree of endothelial dysfunction, HRV changes, as well as the presence and prevalence of concomitant DCAC.

### **MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE MICROHEMOCIRCULATION VESSELS OF DIFFERENT PARTS OF THE BRAIN UNDER THE INFLUENCE OF HYPOBARIC HYPOXIA.**

**Vorotnikova M.V., Zerkalova Yu.F.  
Ulyanovsk State University**

In the "struggle for oxygen" under conditions of natural and experimental hypoxia, adaptive-compensatory functional and morphological changes develop in different organs and systems of the body. The presence of morphofunctional heterogeneity of organs and tissues underlies interorgan differences in sensitivity to hypoxia. At the same time, the structures of the brain are most sensitive to oxygen deficiency. In recent years, the method of interval hypoxotherapy has been widely used in clinical practice, which involves the use of repeated, short-term hypoxic effects on the body, which leads

to the mobilization of the body's functional reserves, expanding the adaptive capabilities of organs and systems and increasing the body's resistance.

The purpose of the study: to study the reactions of microhemocirculatory vessels in different parts of the brain during interval hypobaric hypoxia.

Materials and research methods: experimental studies were carried out on white outbred male rats weighing 180-200 grams. The animals were divided into 6 groups: control and five experimental ones, which were exposed to hypobaric exposure for 1, 3, 7, 15 and 30 days. Hypobaric hypoxia was simulated by rarefying the air in a pressure chamber, simulating ascents to a height of 6000-6500 m above sea level. On histological preparations we calculated: the numerical density of capillaries on a standard field of view, the diameter of the capillaries, and the total cross-sectional area of the vessels was calculated using the formula.

Research results: The results of a study of the vessels of the microvasculature of the brain showed that with a single hypoxic session and up to the 7th day of training in the frontal, temporal and parietal zones of the cortex, the internal diameter of the arteries and arterioles increases, providing increased blood flow into the capillary link of the corresponding areas. There is an increase in the number of functioning capillaries on days 1, 3, 7, respectively, with their diameter unchanged or slightly reduced. This reaction leads to an increase in the total area of capillaries and is an emergency and most effective mechanism for delivering oxygen and maintaining high PO<sub>2</sub> in neurons of the cerebral cortex. There is a significant increase in the diameter of veins and venules, which persists throughout the hypoxic training, which indicates good venous outflow, preventing stagnation. On the 15-30th day, normalization of the lumen of arteries and arterioles, the number of functioning capillaries and their diameter is noted, which indicates a slight decrease in the reactivity of blood vessels to tissue hypoxia. In the underlying white matter, throughout the monthly exposure, the diameter of the arteries and arterioles differs little from the data in the control, however, a significant decrease in the number of capillaries is observed on days 1, 3, 7, 15 and 30. These data indicate a relatively low reactivity of white matter microvessels, in which oxygen deficiency does not cause typical vasodilator reactions and/or even leads to their constriction.

Such heterogeneity of vasoactive reactions ensures intraorgan redistribution of blood flow from structures less sensitive to oxygen deficiency (white matter) to highly sensitive structures (different zones of the cortex). It can be assumed that such a redistribution of blood flow to the cortex is biologically justified, given that sensitivity to oxygen deficiency and the level of oxidative metabolism in the white matter is reduced compared to the overlying parts of the organ.

Conclusion: the data of our study allow us to conclude that during hypoxic training, the reactions of the microhemocirculatory bed of different parts of the brain are ambiguous and are characterized by heterogeneity and heterochrony of the formation of adaptive morphofunctional processes, which may be due to different mechanisms of tissue hypoxia and adaptation to it.

## **FEATURES OF HEART RATE VARIABILITY IN CHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA**

**Ganiev A. G., Bakhavatdinova Z.M., Yunusov D.M., Kuziev D.V.  
Andijan State Medical Institute,**

The purpose of this study was a comparative assessment of the daily rhythm and heart rate variability in adolescents with similar neurocirculatory dystonia, living in urban and rural areas.

Materials and methods. We examined 77 adolescents aged from 12 to 17 years (average age  $14.5 \pm 0.35$  years, boys -31, girls -46), who were hospitalized with a diagnosis of somatoform autonomic dysfunction, cardiac-type NCD, with January 2022 to February 2023.

The information was classified according to age and area of residence (city, rural area). Taking into account the mechanisms of development of the autonomic nervous system, 2 age groups were focused. 1st age group - children 12-14 years old  $49.5 \pm 4.99\%$  (average age  $13.4 \pm 0.24$ ), of which  $62.5 \pm 8.83\%$  lived in Andijan (group IA),  $37.5 \pm 11.74\%$  of adolescents - in rural areas of Andijan region (group IB). 2nd age group - teenagers 15-17 years old  $50.5 \pm 4.99\%$  (average age  $16.5 \pm 0.29$ ), in which  $61.2 \pm 8.89\%$  of young people lived in Andijan (IIA group),  $38.8 \pm 11.49\%$  - in rural areas (IIB group). All teenagers live in the Andijan region every day.

Results. Among the examined adolescents with cardiac NCD, complaints of pain in the heart area were similar (in age group I - in  $70.8 \pm 6.56\%$ , in age group II - in  $83.7 \pm 5.28\%$  of those examined). The pain, in general, had a temporary (lasting a few seconds), stabbing character. Interruptions in heart function were noticed by  $43.8 \pm 7.16\%$  of young people in group I and  $55.1 \pm 7.11\%$  of young people in age group II.

In addition,  $31.3 \pm 6.69\%$  of adolescents in age group I and  $36.7 \pm 6.89\%$  of young people in group II complained of headache, dizziness, impotence, and excessive fatigue.

In all individuals included in the study, the contractility and thickness of the walls of the ventricles of the heart, the dimensions of the ventricles and atria, the structure and function of the valve apparatus were determined using echocardiographic techniques. More often ( $50.0 \pm 7.22\%$  of those examined in age group I and  $63.3 \pm 6.89\%$  of young people in age group II), echocardiographic examination revealed slight dilatation of the heart cavities (leading to an increase in the end-diastolic volume of the left ventricle by an average of  $4.1 \pm 0.5$  mm).

12 ( $25.0 \pm 6.25\%$ ) adolescents of the 1st age group were diagnosed with mitral valve prolapse (MVP) of the 1st degree without regurgitation, a similar diagnosis was made to 11 schoolchildren ( $22.5 \pm 5.97\%$ ) of the 2nd age group. Abnormal left ventricular trabeculae were observed in 29 ( $60.2 \pm 7.07\%$ ) subjects of group I and in 30 ( $60.2 \pm 6.99\%$ ) subjects of group II. In other adolescents, no pathology was detected during echocardiographic examination.

In adolescents of the first age group living in a metropolis, sinus tachycardia and symptoms of stress on the left ventricle were recorded more often on a normal ECG. However, in age group II, young people living in a metropolis were diagnosed with bradyarrhythmia more often than young people living in rural areas.

Holter monitoring data showed that the predisposition to sinus tachycardia in the direction of day and night in age group I was more often observed in adolescents living in a metropolis (average heart rate  $> 90$  beats/min). Among urban young people 15-17 years old, autonomic dysfunction of the sinus node was detected more often per day. The concept of dysfunction of the sinus node includes these electrocardiographic configurations, such as sinus bradyarrhythmia (during the day and night, the average heart rate is below the age norm), pieces of movement of the pacemaker, slipping decreases, atrial rhythm throughout the day and night, slowing down of atrioventricular conduction to incomplete atrioventricular block I degree both during the day and at night, for example. In  $10.2 \pm 4.32\%$  of young people of the second age group, atrioventricular dissociation and incomplete atrioventricular block of the second degree with Samoilov-Wenckebach times were registered per day.

The circadian index in urban and rural adolescents of the first age group was on average  $1.33 \pm 0.09$ , in the second age group -  $1.38 \pm 0.08$ , which actually fits into the norm. The maximum average rhythm pause in children of age group I was  $1.5 \pm 0.05$  seconds, which actually corresponds to the upper limit of generally accepted standards; in age group II it was  $1.7 \pm 0.05$  seconds, i.e. older than generally accepted standards. Supraventricular extrasystole was recorded in  $66.7 \pm 6.8\%$  of urban adolescents aged 12-14 years, in rural adolescents - in  $44.4 \pm 12.05\%$  of cases. In age group II, supraventricular extrasystole was detected in  $20.0 \pm 7.3\%$  of urban young people and in  $15.8 \pm 8.58\%$  of rural ones. The largest number of

extrasystoles per day is 6331, the smallest is 1. In adolescents with frequent supraventricular extrasystoles, couplets, massive extrasystoles, allorhythmia (bigeminy, trigeminy), as well as polytopic and interpolated extrasystoles were recorded. Ventricular extrasystole was observed in  $26.7 \pm 8.08\%$  of urban children aged 12-14 years and  $16.7 \pm 9.05\%$  of rural children, with the largest number per day-1429, the smallest-1.

In age group II (15-17 years), ventricular extrasystole was recorded in  $26.7 \pm 8.08\%$  of urban young people and  $15.8 \pm 8.59$  rural ones. In  $45.8 \pm 7.19\%$  of children in the first age group, a clear circadian pattern of ectopic energy was noted (as in supraventricular, for example, ventricular extrasystoles), mainly in the daytime (i.e., sympathodependent ectopia), in  $25.0 \pm 6.25\%$  extrasystole was recorded, for the most part, at night (vago-dependent ectopia), in others - both during the day, for example, at night. In the older age group, a reverse desire was noted:  $51.0 \pm 7.14\%$  of young people had a vagal-dependent arrhythmia,  $20.4 \pm 5.76$  had a sympathodependent arrhythmia, and others had a mixed type of ectopia. These configurations can be associated with the steps in the development of the function of the autonomic nervous system.

According to the SDANN and SDNN indicators, the scatter function was considered (with a sinus tempo they reflect the energy of the parasympathetic nervous system), and RMSSD is responsible for the concentration function (with a sinus tempo they reflect the energy of the sympathetic nervous system) systems).

Confinement In adolescents 12-14 years old with neurocirculatory dystonia of the cardiac type, living in a metropolis, sinus tachycardia and symptoms of stress on the left ventricle were detected more often on a normal ECG of calmness compared with adolescents of the same age living in rural areas. In the group of young people aged 15-17 years living in a metropolis, bradycardia and arrhythmia were recorded more often than in rural areas. When conducting Holter ECG monitoring in adolescents 12-14 years old living in a metropolis, a predisposition to tachycardia during the day and night was determined more often than in rural children, while in age group II, in urban young people, sinus dysfunction was diagnosed more often. node.

In adolescents aged 12-14 years with neurocirculatory dystonia of the cardiac type, living in a metropolis, compared with rural adolescents, the time SDANN indicator is truly reduced, which actually indicates a decrease in vagal energy. When assessing the spectral characteristics of the HRV, it was revealed that in urban adolescents aged 12-14 years, the indicator of sympathetic-parasympathetic tone is truly higher than generally accepted standards, which indicates the dominance of the sympathetic division of the ANS. In the older age group, a similar indicator among urban young people was truly lower than generally accepted standards, which actually indicates the dominant influence of the vagues in these adolescents.

Summary. The observed changes in heart rate variability reflect the circadian dynamics of octopi: most of the 12-14-year-olds had sympathostatic arrhythmias, and most of the 15-17-year-olds had vagal-related arrhythmias.

When examining adolescents with neurocirculatory dystonia, it is necessary to conduct not only a simple ECG at rest, but also a Holter ECG monitoring with detection of heart rate variability; examination ensures adequate treatment and monitoring of this group of patients.

The observed changes in circadian rhythm and rhythm variability in urban adolescents compared to rural adolescents are probably related to living in an industrial area, environmental criteria, nutrition and more information load. this urgently requires further research.

## CASES OF HIV INFECTION CAUSED BY LIGHTNING NODES HAVE BEEN IDENTIFIED IN THE ANDIJAN REGION

**Gaffarov X.A.**  
**Andijan State Medical Institute,**

Despite the availability of ART in the Russian Federation, more than 27,500 HIV-infected patients died in 2015, which is 12.9% more than in 2014. The absolute majority of deaths occur in patients who do not receive specific antiviral treatment. A significant number of publications have been devoted to the analysis of the causes of late onset of ART and fatal outcomes in PLHIV, however, most of them investigate the causes that led to the onset of death in patients who did not receive ART or stopped taking it on their own [4, 5]. There are only isolated studies analyzing the causes of an unfavorable outcome in patients receiving ART. Fatal outcome against ART often occurs at the initial stage or when treatment is interrupted against the background of HIV replication and existing immunodeficiency, which determines the severe course of the pathological process. At the same time, the study of deaths in PLHIV with controlled HIV suppression is of particular interest.

The purpose of the work. To assess the causes of an unfavorable outcome in HIV-infected patients who are on ART and have reached an undetectable viral load.

Material and methods. The analysis and processing of data on the medical histories of deceased HIV-infected patients receiving ART were carried out using a continuous sampling method. According to the results of the laboratory examination, a group was formed, which included patients who had an undetectable viral load [HIV (HCV) less than 40 copies/ml] at the time of death. In the course of the work, the medical histories of patients were analyzed, for some patients (10 people) - data from previous outpatient follow-up. The socio-epidemiological characteristics, clinical and laboratory data, schemes and terms of treatment of patients, the final clinical diagnosis and the results of a pathoanatomical study were studied.

Results and discussion. Most of the patients (11 people) were infected with HIV parenterally, only 5 patients became infected during sexual contact. Among the patients infected with intravenous administration of psychoactive substances (surfactants), there was an equal ratio of active drug users and patients in remission (5 and 6 people, respectively). In 3 patients, the sexual path of infection (heterosexual contacts) was combined with alcohol dependence. Previously, every 4th patient was in prison. Despite their working age, the vast majority of patients (12 people) did not work.

Upon hospitalization, the following clinical diagnoses were established: 15 patients - HIV infection, stage 4B, 1 patient - HIV infection, stage 4A. According to the CDC classification, 13 patients had stage C3, 2 patients had stage C2 and 1 patient had stage B3. At the time of hospitalization, 9 out of 16 patients received ART prescribed at the prehospital stage. Among them, in 6 patients it was the first prescribed regimen, in 3 patients therapy was resumed in the same mode after self-termination of treatment. In the hospital, ART was prescribed to 7 patients, including 3 "naive" patients and 4 who had previously received therapy. It should be noted that almost every second deceased patient (7 out of 16 patients) had previously interrupted life-saving ART, as a rule, due to low adherence associated with drug addiction. Upon resumption of first-line ART, all of them achieved virological suppression, which reflected the continued sensitivity of HIV strains to basic ARV drugs. All patients received regimens based on two nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), which were used in conjunction with non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) in 10 patients or protease inhibitors (IP) in 5 patients. One patient received a second-row scheme: 2NIOT+ IP+ coreceptor blocker. Azidothymidine (AZT) + lamivudine

(3TC) was used as the nucleoside base in 6 patients, abacavir (ABC) and 3TC were used in 4 patients, 6 patients received stavudine (d4T) or didanosine (ddI) in combination with 3TC. Efavirenz (EFV) was most often used as an NNRTI, and lopinavir/ritonavir (LPV/r) was used as an IP.

**Conclusion.** Various studies have shown that the probability of death from HIV infection increases if a patient has several opportunistic diseases. Even in regions with a wide coverage of PLHIV ART, adverse, potentially non-curable HIV-associated conditions include brain lymphoma, progressive multifocal leukoencephalopathy, a combination of lymphoproliferative diseases and opportunistic infections [10, 13]. At the same time, tuberculosis is not included in the list of opportunistic diseases that convincingly increase the risk of death in HIV-infected patients [14]. On the contrary, in the conducted study, the presence of generalized forms of tuberculosis had a significantly negative effect on the prognosis of the disease. This may be due to the recent diagnosis of tuberculosis, which increases the level of resistance of mycobacteria to first-line preventive procedures and a more severe method of treating syndromes and the immune system in patients with CD4 lymphocyte levels  $<50$  cl/ $\mu$ l.

## **INVESTIGATING THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COVID-19 PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: FERGHANA VALLEY STUDY INSIGHTS**

**Dadamyans. N.G., Mamasoliyev N.S., Yaqubov N.I, Mamasoliev Z.N.  
Andijan State Medical Institute**

**Purpose of the study.** Recent observations from previous viral outbreaks like SARS have indicated a strong association between diabetes and the severity of respiratory infections. Patients with diabetes, particularly type 2 diabetes, are known to face increased risks of morbidity and mortality when infected with viruses like SARS-CoV-1 and SARS-CoV-2 (the virus causing COVID-19). The interplay between diabetes and COVID-19 severity has been linked to factors such as hyperglycemia, impaired immune response, endothelial dysfunction, and reduced viral clearance. As such, understanding the specific risks and complications faced by COVID-19 patients with diabetes is crucial in improving patient outcomes. The study aims to explore effective strategies for preventing thromboembolic complications in COVID-19 patients with type 2 diabetes, following the Ferghana Valley model. Thromboembolic events, such as venous thrombosis, can significantly impact the prognosis of COVID-19 patients, especially those with underlying diabetes.

**Research materials and methods.** A cohort study was conducted in the Ferghana Valley region, involving 392 patients who had both COVID-19 and type 2 diabetes. The study encompassed both retrospective and prospective analyses to evaluate the incidence of venous thromboembolic complications in these patients.

**Results and discussions.** Among the hospitalized patients included in the study, venous thromboembolic complications were identified in 13% of cases in the group with both COVID-19 and diabetes and 12% in patients without diabetes. Statistical analysis using Pearson's chi-squared criterion revealed no significant differences in thromboembolic occurrence between the two groups ( $p > 0.05$ ), suggesting comparable risks between diabetic and non-diabetic COVID-19 patients. The potential protective effects of hypoglycemic drugs or other factors warrant further investigation. Notably, factors like obesity and ICU admission were associated with an increased risk of thromboembolic complications and mortality.

**Conclusion.** The study identified specific predictive markers for thrombosis in COVID-19 patients with type 2 diabetes, including LVH above a certain threshold, elevated cpR of LA,

signs of increased intraventricular pressure, and peripheral vein thrombosis. A predictive scale integrating these markers with ECG findings demonstrated high sensitivity, specificity, and prognostic efficacy in identifying patients at risk for thromboembolic complications. These findings emphasize the need for targeted monitoring and intervention strategies for COVID-19 patients with diabetes to mitigate thromboembolic risks and improve patient outcomes.

By analyzing the interactions between COVID-19, diabetes, and thromboembolic complications, this study offers valuable insights for clinical management and treatment optimization in vulnerable patient populations.

### **THE IMPACT OF TYPE 2 DIABETES ON THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COVID-19 PATIENTS: INSIGHTS FROM THE FERGHANA VALLEY STUDY**

**Dadamyans N.G., Mamasoliyev N.S., Tursunov J.X., Yaqubov N.I  
Andijan State Medical Institute**

**Purpose of the study.** Venous thromboembolic complications pose a significant threat to patients' health, with diabetes mellitus identified as a potential risk factor. The overlapping symptoms of pulmonary embolism and COVID-19 present diagnostic challenges. This study, conducted in the Ferghana Valley, aimed to develop preventive strategies for thromboembolic complications in COVID-19 patients with type 2 diabetes. The retrospective and prospective study involved 392 patients with COVID-19 and type 2 diabetes, revealing a high mortality rate and the impact of diabetes type and treatment modalities on outcomes. Venous thromboembolic complications are a critical concern in COVID-19 patients, exacerbated by factors such as diabetes mellitus. Understanding the relationship between diabetes and thromboembolic events in the context of COVID-19 is essential for optimizing patient care and outcomes.

**Materials and methods.** The study included 392 patients in the Ferghana Valley. Data analysis was performed to assess patient demographics, disease severity, diabetes types, treatment regimens, and body mass index. The study aimed to correlate these factors with thromboembolic risks and outcomes in COVID-19 patients with type 2 diabetes.

**Results and discussions.** Of the patients, 52% were male and 48% were female, with varying age distributions. Severe COVID-19 cases were predominant, with a high mortality rate observed. Diabetes management differed among patients, with a notable percentage requiring insulin therapy or adjustments. A significant portion had obesity, further complicating their disease course. The study highlights the complex interplay between diabetes, obesity, and COVID-19 severity. While diabetes alone may not independently elevate thromboembolic risks in COVID-19 patients, the combination of diabetes, obesity, and critical care settings significantly heightens these risks. Tailored preventive strategies are crucial to mitigate thromboembolic complications and improve patient outcomes in this high-risk population.

**Conclusion.** Diabetes mellitus, particularly in tandem with obesity and critical illness, poses challenges in managing thromboembolic complications in COVID-19 patients. A multidisciplinary approach that considers individual patient profiles, including diabetes type, treatment modalities, and comorbidities, is essential for effectively addressing thromboembolic risks in this vulnerable population. Further research is warranted to refine preventive measures and optimize care for COVID-19 patients with type 2 diabetes.

## DETERMINATION OF CHEMICAL COMPOSITION OF SMOKELESS TOBACCO (NASVAY) IN UZBEKISTAN

**Jasur Juraev, Shukurov Shuhrat, Yuldashev Rustam**

**Department of Preventive Services, School of Public Health, Kyoto University, Japan  
Institute of Health and Strategic Development under the Ministry of Health of the  
Republic of Uzbekistan**

Smoking is one of the main and long-standing health and human problems worldwide. According to the World Health Organization, tobacco is a major risk factor for the development of noncommunicable diseases (NCDs): 41 million people die from NCDs every year, accounting for 74% of all deaths worldwide. Interestingly, 77% of all NCDs deaths occur in low- and middle-income countries (1).

There are many different smokeless tobacco products (chewing tobacco, naswar, snuff and others) and methods of use around the world (2). There are an estimated 346 million smokeless tobacco users worldwide, most of whom (86%) live in the Southeast Asian region. Approximately 4% of young people ages 13-15 worldwide use smokeless tobacco products; As with adults, most smokeless tobacco users ages 13-15 reside in the Southeast Asian region (3).

Smokeless tobacco use, particularly nasvay, is prevalent in Uzbekistan and poses significant health risks to users. The first pilot study was published in the Joint Congress on Global Health 2023 in Tokyo. We found that the main pollutants of smokeless tobacco are gamma-hexachlorocyclohexane, hexachlorobenzene and DDT (<https://pco-prime.com/gh2023/index.html>).

The Aims of research

This project aims to address the knowledge gap surrounding the chemical composition of nasvay in Uzbekistan by conducting a systematic investigation.

Study design

Cross-Sectional:

This study will adopt a cross-sectional design to collect nasvay samples from various markets and sources across Uzbekistan at a single point in time.

Sampling Strategy:

Stratified random sampling will be employed to ensure representative coverage of nasvay products available in Uzbekistan.

Laboratory Analysis: Using gas chromatography-mass spectrometry (Agilent GC 7890B / MS 7000D), we will investigate major to identify and quantify chemical constituents of nasvay.

Statistical Analysis:

Descriptive statistics will be used to summarize the chemical composition of nasvay samples, including mean concentrations, standard deviations, and ranges of detected substances.

Using the formula for estimating sample size for a population mean:

$$N = \frac{Z^2 \times \sigma^2}{E^2} \quad N = \frac{1.96^2 \times 10^2}{0.05^2} = 153.6$$

Where:

$n$  = sample size

$Z$  = Z-score corresponding to the chosen confidence level (1.96 for CL = 95%)

$\sigma$  = estimated standard deviation of the population (10 units)

$E$  = desired margin of error (0.05)

Rounding up to the nearest whole number, we would need approximately 154 nasvay samples to estimate the mean concentration of the carcinogen with a margin of error of  $\pm 5\%$  at a 95% confidence level, assuming a standard deviation of 10 units.

Approach used to maximize the impact of research outputs:

The impact of research outputs will be maximized by presenting the results at scientific conferences and publishing the results in a peer-reviewed journal.

It is expected that this project will yield valuable evidence on the chemical composition of nasvay in Uzbekistan and extend beyond scientific knowledge generation to include tangible impacts on policy, public health, consumer protection, research capacity building, and international collaboration.

### **MORPHO-HISTOLOGICAL CHANGES IN THE GALLBLADDER WALLS IN CHOLECYSTITIS.**

**Jumaeva M.M., Khasanova D.A., Kenjaev L.R.**

**Bukhara branch of the Republican Scientific center for emergency medical care  
Bukhara State Medical University,**

**Introduction.** The modern structure of gallbladder pathology is predominantly represented by cholelithiasis, which is increasing in frequency and prevalence. Studying the clinical and morphological features of oligosymptomatic forms of cholecystitis can help in understanding the mechanisms of their development, which will be useful for identifying risk groups for the development of oligosymptomatic forms of acute destructive cholecystitis and optimizing the management tactics of such patients. The share of other diseases is relatively small. Due to the progressive increase in the incidence of the gallbladder, research has been conducted for many years, in particular aimed at improving diagnostic methods.

**Purpose of the study:** To study morphohistochemical changes in the gallbladder wall in patients with various forms of cholecystitis due to cholelithiasis.

**Materials and research methods:** To evaluate morphohistochemical changes in the gallbladder wall in various forms of acute and chronic cholecystitis in cholelithiasis.

**Results:** As research material, 179 cases were analyzed with a diagnosis of acute calculous cholecystitis according to clinical and anamnestic indications, which were surgically removed. 89 of them had acute cholecystitis with interstitial proliferative vasculitis. 52 patients were diagnosed with chronic cholecystitis with adenomyomatosis and polyposis hyperplasia. Thus, a total of 11 of the 179 different forms of chronic cholecystitis had degenerative changes caused by the tumor, accounting for 6.1%.

**Conclusion:** Common features that provided grounds for differential diagnosis were: high echogenicity of formations, homogeneity of structure, round-oval shape, variety of quantity. The ultrasound research method is quite informative and reliable when carrying out differential diagnosis and identifying stones and polyps of the gallbladder.

## **FEATURE OF THE DEVELOPMENT OF ANEMIA IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS**

**Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K., Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J.,  
Yakubbekova M.K.**

**Hospital therapy and Endocrinology Department  
Andijan State Medical Institute**

Anemia is a common and often untimely diagnosed complication of type 1 and type 2 diabetes mellitus, which not only worsens the quality of life of patients and reduces their tolerance to physical exertion, but also affects the development of chronic complications of diabetes mellitus and cardiovascular pathology. In diabetes mellitus, as in other diseases, according to the criteria of the World Health Organization, anemia is defined as a hemoglobin level of less than 120 g/l in women and less than 130 g/l in men. There are many factors that can lead to the development of anemic syndrome in patients with diabetes mellitus, however, given the leading role of kidney damage, anemia in these patients is traditionally considered as a manifestation of diabetic nephropathy, the severity of which increases with the progression of chronic kidney disease (CKD). Anemia is a particularly significant problem in patients with diabetic nephropathy, since in the case of kidney lesions of a different nature (for example, in patients with chronic glomerulonephritis), with comparable blood creatinine and daily protein loss in urine, a decrease in hemoglobin levels is observed much less frequently. This is probably largely due to the peculiarities of morphological and pathophysiological changes in the kidneys in diabetic nephropathy, including the often detectable tubulointerstitial lesion leading to an early violation of erythropoietin secretion (EPO). According to an epidemiological study conducted by the

Endocrinological Research Center of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, the detection rate of anemia in patients with diabetes mellitus is on average 20% in the absence of signs of kidney damage, 24% in stage I CKD, 45% in stage II CKD, 54% in stage III CKD and 85% in stage IV CKD. In patients with type 1 diabetes mellitus and CKD stages 0-III, the development of anemia is observed somewhat more often than in patients with type 2 diabetes mellitus with comparable renal dysfunction.

In a study by Thomas M. C. et al. Anemia was diagnosed in 23% of cases in patients with diabetes mellitus. Among the main factors associated with the development of anemic syndrome, the authors cite the percentage of transferrin saturation with iron, a decrease in glomerular filtration rate (GFR) and an increase in albumin excretion in urine. In diabetic nephropathy, a decrease in hemoglobin levels by more than 20 g/l per year is observed in 50% of patients with proteinuria and only in 10% of patients with normalalbuminuria and preserved renal filtration function [8, 9]. According to Adetunji O. R. et al., in patients with diabetes mellitus, anemia occurs in the presence of normalalbuminuria — in 19% of cases, microalbuminuria — in 29%, macroalbuminuria — in 41% of cases.

As a result of studying the mechanisms of the development of anemic syndrome in diabetes mellitus, an idea of the multifactorial nature of this process has been formed. The deficiency of endogenous EPO and the ineffectiveness of its action, deficiency of iron, vitamin B12 and folic acid, inflammatory processes, autoimmune disorders, side effects of some drugs used in the treatment of diabetes mellitus contribute to this process. In the event of chronic renal failure, along with a progressive increase in EPO deficiency, factors such as uremic intoxication, hemolysis, bleeding as a result of hemostasis disorders, systematic blood loss during hemodialysis sessions, impaired function of the parathyroid glands and aluminum

intoxication may play a significant role. EPO, a glycoprotein hormone with a molecular weight of about 34 kDa, is one of the key regulators of erythropoiesis in humans.

The main source of EPO is considered to be peritubular kidney cells, which produce it in response to hypoxia and vasoconstriction. With the development of hypoxia, cells of various tissues produce a universal transcription factor of genes expressed in conditions of oxygen deficiency, HIF (hypoxia inducible factor). As a result of the action of HIF, the concentration of both EPO and other biologically active substances in the human body increases, in particular vascular endothelial growth factor (VEGF) and NO synthase (NOS).

HIF is a heterodimer consisting of the  $\alpha$  (HIF-1 $\alpha$ ) and  $\beta$  (HIF-1 $\beta$ ) subunits. The destruction of the HIF-1 $\alpha$  subunit in the absence of a hypoxic stimulus and under the influence of certain substances is the most sensitive and subtle mechanism for regulating these processes. In patients with diabetes mellitus, under the influence of hyperglycemia, increased capillary pressure and proinflammatory cytokines, cells of both the glomeruli and tubules of the kidneys are damaged. The destruction of tubules, the formation of interstitial fibrosis, a decrease in the number of peritubular capillaries, an increase in the number of extracellular matrix lead to a violation of the production of EPO by peritubular cells. At the initial stages of the development of diabetic nephropathy, the absolute level of EPO is comparable to that in healthy people without anemia (10-30 mMU/ml, which corresponds to 1-7 pmol/l), however, there is a violation of the normally observed negative correlation between hemoglobin and EPO concentrations in the blood. Thus, the development of anemia in patients with diabetes mellitus does not lead to a significant increase in the level of EPO in the blood, as is observed in iron deficiency anemia, aplastic anemia and other hematological diseases. This phenomenon is called functional (relative) EPO deficiency. As diabetic nephropathy progresses, an absolute deficiency of EPO may occur, which is usually associated with the development of severe anemia.

## **ASSESSMENT OF THE SPECIFICITY OF THE TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WITH COVID-19**

**Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K.,  
Khamidova M.I.**

**Hospital therapy and Endocrinology Department  
Andijan State Medical Institute**

An expanded ACE2 receptor expression within the myocardium may somewhat contribute to the myocardial wounds that are watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Besides, pre-existing cardiovascular illness, in conjunction with an exasperated provocative reaction which causes an up-regulation in pro-inflammatory cytokines. In addition, patients with atherosclerosis are watched to be more inclined to ischemic assaults when influenced by COVID-19, due to hypercoagulation within the blood as well as raised pro-inflammatory markers.

Introduction. Ischemia is caused due to a decrease in blood stream in an range, as a result of a blockage within the blood vessel. Ischemic heart malady, commonly alluded to as coronary heart infection (CHD), for the most part leads to the narrowing of coronary courses, which essentially supply oxygenated blood to the cardiac muscles. One of the most commitments of mortality and dismalness in CHD patients is intense myocardial dead tissue (AMI). Acute-ST fragment height myocardial localized necrosis (STEMI), which is the result of unexpected impediment of an epicardial coronary course due to a sudden break of atherosclerotic plaque, most commonly influences the cleared out front slipping course

(Fellow) (50%), right coronary supply route (30%) and cleared out circumflex course (20%). Atherosclerosis may be a multifactorial dynamic infection of the blood vessel divider and is illustrated by central improvement of atherosclerotic injury or plaque inside the blood vessel divider. Smooth muscle cells (SMCs) and mononuclear phagocytes (MPs) as well as provocative cells such as macrophages, T cells, dendritic cells and pole cells amass within the injuries as the malady advances.

**Goal.** To determine the dynamics of adherence to continuous therapy in patients with chronic coronary heart disease (CHD) in self-isolation during the COVID-19 pandemic.

**Material and methods.** This functional receptor is seen to be exceedingly communicated within the epithelial cells of the lungs, and the receptor is seen to be communicated at tall levels in other organ frameworks as well, such as the heart, kidneys, bladder as well as ileum. The infection is thought to be spread for the most part through respiratory droplets, fecal–oral as well as by means of contact. Viral replication has been seen to require put within the mucosal epithelium of the upper respiratory tract as well as within the gastrointestinal mucosa. Intense liver and heart wounds have been watched, beside the runs and kidney disappointment, proposing that non respiratory indications may moreover play a part, in case not basically, in COVID-19 patients.

Clinical discoveries have proposed that patients with COVID-19 have irritated provocative reactions when they created the contamination. Such fast viral replication leads to endothelial as well as epithelial cell passing, together with spillage of blood vessels. This in turn is seen to trigger pro-inflammatory intervening cytokines and chemokines. ACE-2 receptors are found to be exceedingly concentrated in number, within the pneumocytes, on the apical side of these cells. SARS-CoV-2 oversees to enter these cells and annihilate the receptors display. The aviation route entry has its natural immune system built with three imperative components—dendritic cells, macrophages which offer assistance battle off the infection until versatile resistance kicks in, and epithelial cells, as the primary obstruction. Moreover, it moreover has been considered that macrophages and dendritic cells, both being antigen-presenting cells (APC), trigger the T cell-mediated reaction in COVID-19[4]. These APCs can phagocytize the cells influenced by the infection and in this manner were apoptotic. Patients had appeared lifted levels of plasma concentrations of interleukin (IL) 6, IL 10, granulocyte-colony fortifying calculate (G-CSF), monocyte chemo-attractant protein (MCP1), macrophage provocative protein (MIP)1 $\alpha$ , as well as tumor necrotic factor (TNF)- $\alpha$ . This upregulation of pro-inflammatory cytokines, moreover commonly alluded to as a "cytokine storm", has been found to result in multi-organ disappointment, lung damage, as well as the advancement of extreme COVID-19.

**Results.** The premise of this hazard is different components such as endothelial and smooth muscle actuation, macrophage actuation, platelet actuation as well as tissue figure expression in atheromatous A think about distributed in Walk 2020 found 19.7% of patients that tried positive for COVID-19, had a cardiac damage which heart harm is autonomously connected to an raised chance of mortality. It was seen that as compared to patients that had no cardiac damage, extreme intense sickness was watched in patients that had the cardiac harm, and so, they had lifted levels of C-reactive protein, creatinine levels as well as NT-proBNP, more noteworthy different mottling, and ground-glass darkness. Moreover, more than 50% of patients that had cardiac damage confronted in-hospital passing in this specific consider, indicating towards the reality that cardiac damage may have been initiated due to COVID-19 and subsequently lead to extreme results. On the opposite, in any case, a later ponder has found restricted sums of interstitial mononuclear inflammatory invades within the cardiac tissue, with the nonappearance of significant myocardial damage in an influenced person, implying that the disease may not specifically harm the heart. By the by, reversible,

subclinical diastolic cleared out ventricular disability was found to be common in patients that had intense SARS disease, which recommended that cleared out ventricular brokenness watched in intense stags may be capable for the cytokine storm watched.

Conclusion. In conclusion, prove from different information and thinks about proposes that there appears to be an interlink between COVID-19 and CHD, which have been examined comprehensively in this paper. A conceivable speculation may be the truth that ischemic assaults are more inclined in patients that are influenced with atherosclerosis, as the infection forcefully triggers the incendiary pathways and leads to hypercoagulation within the blood, clarifying Moreover, conceivable thinking behind the relationship between COVID-19 and cardiovascular wellbeing may be due to the tall expression of ACE-2 receptors within the myocardium, which may in portion contribute to the myocardial wounds watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Creator composed the paper, basically evaluated the paper, made last proposals; M.B.: Proposed the thought, proposed the structure of the paper, to begin with free analyst. All creators share duty for the choice to yield the original copy for distribution. All creators have perused and concurred to the distributed adaptation of the composition. Subsidizing: This inquire about gotten no outside financing. Educated Assent Articulation: Not appropriate Clashes of Intrigued: The creators announce no strife of intrigued.

## **DETERMINATION OF SOME OSTEOMETRIC PARAMETERS OF METATARSAL BONES OF THE MALE FOOT ACCORDING TO RADIOGRAPHIC DATA**

**Zerkalova Ya.I.**  
**Ulyanovsk State University**

Introduction. One of the urgent scientific and practical tasks in forensic anthropological diagnostics is the diagnosis of age and sex markers of the human skeleton from individual bone remains for identification of individuals in various consequences of emergency situations, natural and technogenic disasters, taphonomic and forensic studies. At present, radiography is one of the leading, technically and informationally improved methods of investigation of bone structures, which have been repeatedly tested. Determination of the nature and degree of bone pathology according to X-ray data is a fundamental method for choosing the tactics of surgical treatment in orthopedic diseases of the bones of the foot, in particular the metatarsal.

Purpose of the study: to establish patterns of anatomical variability of morphometric parameters of the metatarsal bones of the I and V rays of the human foot according to X-ray osteometry data.

Material and research methods. The materials for the study were x-rays of 9 right male feet (age 20-90 years). X-rays of the metatarsal bones were made on the X-ray apparatus "Toshiba Radrex" model FBT-10A of the trauma center of one of the leading clinics in Ulyanovsk by medical indications in 42 kV, 250 mA modes with a shutter speed of 0.2 sec. High-sensitivity Kodak X-ray film was placed in light-tight cassettes with metal markings. The foot was in a state of maximal dorsal flexion. The central X-ray beam was beveled cranially at an angle of 35-45° to the vertical and directed towards the calcaneal tubercle. The distance from the source of X-ray radiation to the object of study followed the generally accepted recommendations in X-ray osteometry of 90 cm. Standard measurements of physical parameters of metatarsal bones of I and V rays were carried out on radiographs. The length and width of the bones, the width of their heads and bases were investigated.

Research results. According to the results of the study, the mean value of the length of the first metatarsal bone was  $61.8 \pm 3.07$  cm, and the mean value of its width was  $14.4 \pm 2.4$  cm. The width of the head of the first metatarsal bone was  $22.8 \pm 1.92$  cm, while the width of its base was  $24.2 \pm 1.03$  cm. The length of the metatarsal bone of the fifth ray of the foot was  $73.2 \pm 5.9$  cm, the same width was  $9.14 \pm 1.2$  cm. The head of the fifth metatarsal bone had a width of  $14.3 \pm 1.15$  cm, and the mean value of its width of base was  $19.3 \pm 2.73$  cm. When pairwise comparison of the studied parameters, statistical differences were obtained within the limits of significance  $p < 0.05$ .

Conclusion. Thus, the analysis of the parameters of the metatarsal bones of the 1st and 5th rays of the right male human feet on radiographs makes it possible to use them for diagnosing the belonging of individual bones to certain rays. The conducted study of anatomical variability has also demonstrated the possibility of using osteometric parameters of metatarsal bone for sex determination in comparison with similar results obtained by other authors. They have applied significance and can be used in forensic medical research and forensic practice.

### **OBSERVATION THE HEALTH STATUS OF FREQUENTLY ILL CHILDREN IN PRE-SCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

**Imamova A.O., Bobomurotov T.A., Akhmadaliyeva N.O.  
Tashkent Medical Academy**

Purpose of work. Hygienic evaluation of education and upbringing conditions in preschool educational institutions, technologies of rehabilitation of frequently sick children and development of hygienic recommendations for health protection of this category of children.

Research methods. The research was carried out by the natural hygienic experiment method, which includes three stages. The first stage was to study the indicators of physical development, health status, psycho-emotional status of frequently ill children, to assess risk factors for the development of deviations in their health. In the second stage, the conditions of education, training and rehabilitation technologies were studied in the recreational pre-school educational institution. At the third stage, a hygienic assessment of the influence of the conditions of education, training and health technologies on physical development, functionality, work ability and health was carried out and recommendations for their optimization were developed.

Results. A comparative analysis of two age groups of frequently ill children showed that:

1. The biological level of development corresponded to the passport one in 45.1% of 4-5-year-olds and 58.7% of 6-7-year-old children who are often ill, the lag in biological maturation was significantly more common in 4-5-year-olds than in 6-year-olds. 7-year-old frequently ill children.

2. The number of children with harmonious morpho-functional states among 4-5 year olds was 79.1%, among 6-7 year olds, respectively, 82.7%. Sharply disharmonious development due to excess body weight had 6.6% of 4-5-year-olds and 4.0% of 6-7-year-old frequently ill children.

3. Thus, only 36.3% of 4-5-year-olds and 48.0% of 6-7-year-old children who are often sick do not have a risk of developing diseases, which is apparently associated with the body's reserve capabilities. The risk of I degree was revealed in 48.3% of 4-5-year-olds and 42.7% of 6-7-year-old children. The risk groups of II and III degrees were filled slightly, the risk

group of II degree had 8.8% of 4-5-year-olds and 5.3% of 6-7-year-olds, III degree - the greatest possibility of the disease, respectively 6.6% , 4.0%.

4. Vital capacity of the lungs above the average was found in 4-5-year-olds 1.5 times more often than in 6-7-year-old frequently ill children (60.0% and 41.1%, respectively). The vital capacity of the lungs was below average only in 7.4% of 6-7-year-old frequently ill children. The muscle strength of the hands below the average was significantly more common in 4-5-year-olds than in 6-7-year-old frequently ill children (45.0% and 30.9, respectively), which is consistent with the anatomical and physiological characteristics of development of small muscles in preschool children. Basically, the muscle strength of the hands in 48.4-58.9% of the examined children of preschool age was within the average values.

Conclusions.1. Frequently ill children have the worst indicators of physical development. Slow rates of biological maturation were found in 45.1% of 4-5-year-olds, in 29.3% of 6-7-year-old PIDs, and in 14.3% of 6-7-year-old EBDs. A sharply disharmonious morpho-functional state due to excess body weight - in 6.6% of 4-5-year-olds and 4.0% in 6-7-year-old frequently ill children.

Frequently ill preschoolers have low and below average age and sex indicators of the development of basic motor qualities and are characterized by reduced functional capabilities.

Frequently ill children are more anxious, they have a higher prevalence of severe stress, overwork and exhaustion of the nervous system.

Frequently ill children are characterized by lower rates of local immunity.

Among frequently ill children, the overall pathological prevalence exceeds that of EBD by 1.5 times, the prevalence of mental disorders, pathology of the skin and subcutaneous tissue, and the endocrine-metabolic system is higher. Among frequently ill preschool children, there are no children with the 1st health group and 69.2% of children have chronic diseases in the compensation stage (III health group).

2. Factors that negatively affect the health of sickly children are such factors as the presence of toxicosis in the mother in the second half of pregnancy, breastfeeding for less than 6 months and the early start of complementary foods, the absence of hardening procedures and the frequency of diseases of the child in the first year of life, the lack of physical culture beyond preschool educational institution and daytime sleep on weekends, irregular consumption of fruits, vegetables and berries.

3. The conditions of education and upbringing of frequently ill children attending preschool educational institutions are most often characterized by insufficient landscaping; insufficient equipment for group and sports grounds; inconsistency of furniture with the growth of children, insufficient sanitary equipment; violations of ventilation; inappropriate class schedule. The duration of each 7th lesson exceeded the normative values; in the middle of every 4th lesson there were no physical exercises; the training effect was not achieved in physical education classes.

4. The dynamics of indicators of the functional state of the CNS in frequently ill preschool children gives reason to believe that at the age of 4-5 years to 6-7 years, the functions of the central nervous system improve, the higher parts of the brain of the cerebral cortex mature. This leads to an increase in mental performance with age, which ensures that the majority of frequently ill children successfully master the programs of raising children in pre-school educational institutions.

5. Health-improving measures (hardening, special physical education, massage, phyto- and physiotherapy, remedial classes with a psychologist), used in preschool educational institutions for two years, have a beneficial effect on the indicators of physical development, the functional capabilities of children, allow to significantly improve the function of thermoregulation, increase the resistance of the child's body.

6. An integrated approach to the upbringing, education and rehabilitation of frequently ill children in preschool educational institutions should be aimed at preventing risk factors for their health deviations, identifying pathologies

### **IMPORTANCE OF KALLIDINOGENASE IN NEUROPROTECTION AND NEUROINFLAMMATION IN PATIENTS WITH ISOLATED CLOSED HEAD INJURY**

**Kenjaev L. T., Ibragimov N. K.**  
**Tashkent Medical Academy**

**Summary:** Traumatic brain injuries cause many reactions; one of the best known is neuroinflammation. Neuroinflammation may persist for years after a single TBI and may contribute to neurodegeneration. However, the introduction of anti-inflammatory drugs soon after the injury was ineffective in the treatment of patients with TBI. Kallidinogenase - tissue kallikrein, a component of the kallikrein - kinin system (KKS), has a protective effect against cerebral ischemia.

**The purpose of the study:** To optimize the results of treatment of patients with CTBI by using tissue kallikrein in complex therapy.

**Material and methods.** Under observation were 20 patients aged 18 to 70 years with isolated CTBI and depression of the level of consciousness from 4 to 11 points on the Glasgow coma scale, including 4-5 points - 5 (25%), 6-8 points - 11 (55%), 9-11 points - 4 (20%). All patients were diagnosed with severe brain contusion. There were 13 men (65%), women - 7 (35%). During the study, the following indicators were studied in patients in dynamics: complete blood count (leukocytes, lymphocytes, ESR, hemoglobin, hematocrit, erythrocytes), interleukins and C-reactive protein. After stabilization of vital parameters for 4-5 days, intravenous excretion of colladinogenase 0.15 ED intravenously per 100 ml of saline at a rate of 1.7 ml/hour was started.

**Research result.** There was a decrease in leukocytes and ESR by 35.3% and 44% on the 5th day compared with the first day. The study showed a decrease in the effect of Calgen therapy on the 10th day by 54% and 70.6%. Initially, the number of lymphocytes was  $9.5 \pm 3.1$ . On the 5th and 10th day, an increase of 1.7 and 2.5 times compared with the first day was revealed. The above data means that under the influence of the drug Kalgen, the inflammatory process decreases and, in parallel with it, the immune system improves. Parameters of interleukin-1 b and 6 before therapy were  $15 \pm 1.1$  and  $14 \pm 1.8$ , which is 2-3 times higher than normal. On the 5th day, the dynamics increased to 38% and 39%. By day 10, it was found that IL-1 $\beta$  decreased by 72%, and IL-6 by 62% and returned to normal. The above data showed that the calgen-induced decrease in pro-inflammatory cytokines led to the inhibition of neuroinflammation. In parallel, an increase in the dynamics of C-reactive protein and IL-10 by 71.3% and 51.7% by the end of therapy was revealed. This increase in anti-inflammatory cytokines indicates that Calgen has neuroprotective properties.

**Conclusions.** 1. The use of Kallidinogenase (tissue kallikrin) in isolated CTBI improves the general condition of patients and clinical and biochemical laboratory data.

2. Anti-inflammatory cytokines in the Kalgen effect increase leads to neuroprotection of brain tissue. In parallel, a decrease in pro-inflammatory cytokines leads to a blocking of the neuroinflammatory process.

## **HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS.**

**Kuzieva G.A., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Mamasolieva Sh.A.  
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.**

Relevance of the topic. The study of hypertensive and vegetative crises during pregnancy in the Fergana Valley is relevant due to the high level of morbidity and complications in pregnant women. Epidemiological data show that the number of cases of hypertensive and vegetative crises in pregnant women is constantly growing, which is associated with a number of risk factors, such as genetic predisposition, unfavorable environmental situation, unbalanced diet and low level of physical activity. One of the key areas of prevention is regular medical monitoring pregnant women, taking into account their individual characteristics and risks. It is also necessary to conduct systematic examinations for the presence of risk factors and timely intervention to prevent the development of crisis conditions. An effective prevention strategy should include educating pregnant women about healthy lifestyle habits, controlling blood pressure, regularly eating healthy foods, and supervised exercise. Purpose of the study: to study the prevalence, main risk factors, fetal outcomes and medical practice in the treatment of arterial hypertension in pregnant women.

Materials and methods of research. A retrospective epidemiological descriptive study was carried out on 1500 individual records of pregnant women suffering from various types of hypertensive disorders, registered at the antenatal clinic in the Fergana Valley. The questions from the compiled questionnaire were taken as the main evaluation criteria. In the study group and an equal control group of healthy women, epidemiological differences were identified, pregnancy outcomes and fetal condition according to the Apgar score were analyzed.

Research results and discussion. The age of women with this pathology ranged from 28 to 39 years, of which every fourth woman (25%) was a primigravida, and the proportion of pregnant women in late reproductive age was 68.9%. The age range of the control group without hypertension is wider (20 - 39 years), but the proportion of women in late reproductive age is insignificant (6.7%). Among all hypertensive disorders, 35.1% are chronic arterial hypertension, and 64.9% - for gestational (pregnancy-induced). In 77.5%, the diagnosis of stage 1 hypertension was detected or confirmed, in 25.5% stage 2 hypertension with target organ damage was detected (local or generalized narrowing of the retinal arteries; left ventricular hypertrophy, detected by echocardiography) .

Conclusion. Thus, a study of these crises during pregnancy in the Fergana Valley will allow us to identify the main risk factors and develop effective prevention strategies to improve the health of pregnant women and reduce the risk of complications in the perinatal period.

## **IMPROVEMENT ULTRASOUND IMAGING OF HIP OSTEOARTHRITIS**

**Madumarova Z.Sh.,  
PhD, Chair of Department of Medical Radiology ASMI,  
Khodjibekov M.Kh., DSc, professor of TMA medical radiology department**

Aim of research. Improvement ultrasound diagnostics of inflammatory and degenerative hip joint (HJ) diseases.

**Methodology.** A total of 163 persons were examined, 103 of which were patients with osteoarthritis (OA) of the HJ, 31 patients with rheumatoid arthritis (RA), and 29 peoples of the control group. All patients underwent ultrasound, X-ray, laboratory examination and, as a reference method, MRI examination.

**Results.** The results of a sonographic study showed a change in the shape of the femoral head in OA of the HJ in adults: at grade 1, the sphericity of the head remained (96%), but at grade 2. there was a modification in the form of moderate flattening (42% of cases) and significant flattening at grade 3 (96%) and a sharp deformity with loss of shape at grade 4. Effusion in the joint cavity in patients with OA 1 st. practically absent (1% of cases), with 2 st. was noted in 10%, and in patients 3 st. was visualized in 37% of cases, with RA effusion was present up to 90%.

Based on ROC analysis, indicators of RA manifestation were mild hyaline cartilage thinning  $\leq 1.3$  mm (sensitivity 94.1%, specificity 93.5%, AUC-0.964,  $P < 0.001$ ), fibrous cap thickening  $\leq 2.26$  mm (sens. -83.3%, spec.-67.7%, AUC-0.766,  $P < 0.001$ ), osteophyte sizes were  $> 4.4$  mm (sens. -71.3%, spec. - 93.5% , AUC-0.893,  $P < 0.001$ ). Assessment of blood flow in the lateral circumflex artery in RA showed sensitivity of peak systolic blood flow velocity (PSV)  $\leq 24$  (sens. - 32.1%, spec. - 82.6%, AUC-0.692,  $P < 0.001$ ), and resistance index (RI)  $\leq 0.77$  (sens. - 52.9%, spec. - 93.5%, AUC-0.764,  $P < 0.001$ ), and end-diastolic velocity (EDV) was not as sensitive  $> 4.4$  (sens. - 42.7%, specific - 90.3%, AUC-0.582,  $P = 0.079$ ).

Given these data, the main pathognomic ultrasound signs of RA were: synovitis with the presence of intra-articular effusion, thickening of the synovial and fibrous membranes and multiple synovial signals on power Doppler mapping, as well as increased blood flow in the lateral circumflex artery of the femoral head. When comparing the data of grade 2 and 3 hip OA, there were significant results of osteophyte sizes with a specificity of 96.8% and a sensitivity of 100% (AUC-0.99 $\pm$ 0.002,  $P < 0.001$ ). Thinning of the hyaline cartilage thickness and thickening of the fibrous capsule were noted with a sensitivity of 74.2% and 54.8%, and a specificity of 93.3% and 100%, respectively (AUC-0.84 $\pm$ 0.05 and AUC-0.6 $\pm$ 0.085,  $P < 0.001$  and  $P = 0.154$ ). With PSV, EDV and RI indicators of the blood flow velocity of the lateral circumflex artery of the femoral head, their specificity is 100%, 96.8%, 64.5% and sensitivity is 100%, 96.8% and 87.1% (AUC-1.0  $\pm$ 0.0, 0.99 $\pm$ 0.007, 0.8 $\pm$ 0.05,  $P < 0.001$ ), which indicates a high reliability of blood flow velocities.

Based on the obtained data, the criterion for hip joint OA is the presence of osteophytes, deformity of the femoral head and thinning of the hyaline cartilage of the joint, and reduced blood flow in the lateral circumflex artery of the femoral head.

**Conclusion.**

Thus, the possibilities of multiparametric sonography make it possible to accurately differentiate rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the hip joint in the early stages, specifying the degree of damage to the process.

## **METHOD OF LOCAL HEMOSTASIS IN PARENCHYMAL AND SHEATHED CEREBRAL HEMORRHAGES**

**Mamadaliyev A.R., Davlatov B.N., Mamasoliyeva Sh.U.**

**Relevance.** The history of local hemostasis originates in ancient Egypt, when thermal methods were used to stop bleeding. The ancient Egyptians were also the first to use chemical hemostasis (a mixture of wax, fat and barley). Healers of ancient Greece applied hemostatic herbs to combat wounds.

At the end of the eighteenth century Carnot developed and proposed the use of gelatin. In 1892, Horsley created a preparation, "bone wax", which included beeswax, salicylic acid and almond oil. Cushing and Bovie used electrical coagulation in the 1920s. In 1909, Bergel first used fibrin for local hemostasis. Frantz proposed the use of oxidized cellulose in 1942, and already in 1960, oxidized regenerated cellulose was developed. In 1970, Hait developed microfibrillar collagen from bovine skin. Fibrin sealant obtained from purified thrombin was approved for use in the clinic in 1998. In the same year, cyanoacrylates were adopted and introduced into clinical practice.

The purpose of the study. Based on experimental and morphological studies, to develop a method for local hemostasis in parenchymal and sheathed cerebral hemorrhages. Material and method of research. To implement the described method, a domestic hemostatic agent made of a composite polymer material from cotton cellulose derivatives "HEMOBEN" (IAP05906 dated 04/24/2015) was used.

The method is carried out in the following sequence. After performing the main stages of operations: craniotomy (decompressive or bone-plastic), depending on the operation plan, the dura mater is dissected, followed by the elimination of volumetric formations that compress the dura mater or the parenchyma of the brain.

The presence of a bed of various sizes (from 10 to 80 cm<sup>2</sup> or more) and shape is determined. The bottom may be a partially removed formation, a soldered inner surface of the capsule or foci of hemorrhagic softening of the parenchyma of the brain. In these cases, there is a high probability of hemorrhages from softened brain tissue (bruising area), postoperative capillary bleeding from the dura mater or from newly formed connective tissue (capsule), minor venous bleeding due to rupture of vascular walls, as well as bleeding from the parenchyma of the brain.

HEMOBEN powder is applied to the area of brain damage with bleeding at a dose of 70 mg per 10 cm<sup>2</sup> with a layer of 3-5mm (with active bleeding, the wound surface with the powder is pressed with a dry cloth until the bleeding stops completely). The excess amount of powder is removed by supplying dry air with a temperature of 40-50 ° C at an angle of 30-60 ° and a pressure of 3-4 atmospheres, which also accelerates the formation of a hemostatic translucent film firmly adhered to the wound surface of the brain. The supply of dry air is carried out by means of a laparoscopic insufflator through a suction system.

For this method, a positive decision was received on the receipt of an application for a patent for an invention from the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan IAP 2022 0592 "Method of local hemostasis of parenchymal and shell hemorrhages of brain".

Conclusions. 1. Rapid hemostasis is achieved as a result of polymerization of the powder and its transition to a state of a translucent film with strong adhesion to the wet wound surface of the brain.

2. "HEMOBEN" is hypoallergenic, does not cause sensitization and negative immune reaction of the body. Unlike other hemostatics, it does not cause wound irritation and does not form granulomas, scars, dense adhesions and fibroids, which makes it almost ideal in neurosurgery when working on the brain and epidural structures.

## **IMPACT OF A LOW GLYCEMIC INDEX DIET ON CARDIAC BIOMARKERS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE**

**Payziev D.D., Alyavi B.A.**

**Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan**

Purpose of the study: Dietary interventions play a pivotal role in managing coronary artery disease (CAD), with the potential to influence cardiac biomarkers that are critical indicators of cardiovascular risk. To investigate the effects of a low glycemic index (LGI) diet on cardiac biomarkers in patients with CAD.

Material and research methods: This randomized control trial included 112 patients (mean age  $59.26 \pm 11.4$  years; 57% male) diagnosed with CAD. Participants were randomly assigned to an LGI diet or a control diet for 6 months. The primary outcome measures were changes in cardiac biomarkers, including high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), troponin I, N-terminal pro b-type natriuretic peptide (NT-proBNP), and lipoprotein(a) [Lp(a)]. Statistical analysis involved comparing baseline and follow-up during biomarker levels within and between groups using paired and unpaired t-tests, respectively, with P-values  $<0.05$  considered significant.

Research results: The LGI diet group demonstrated significant reductions in hs-CRP (mean decrease 2.1 mg/L,  $P=0.04$ ), troponin I (mean decrease 0.02 ng/mL,  $P=0.03$ ), and NT-proBNP (mean decrease 125 pg/mL,  $P=0.02$ ), compared to the control diet group. Lp(a) levels also showed a downward trend, although not statistically significant (mean decrease 5 mg/dL,  $P=0.07$ ). These changes suggest a beneficial effect of the LGI diet on inflammatory and cardiac stress biomarkers in CAD patients.

Conclusion: Implementing a low glycemic index diet in patients with coronary artery disease results in significant improvements in key cardiac biomarkers, indicating reduced cardiac stress and inflammation. These findings support the LGI diet as an effective dietary intervention to lower cardiovascular risk in CAD patients. Further studies are needed to explore the long-term benefits of such dietary modifications on clinical outcomes in this population.

## **THE FREQUENCY OF DETECTION OF ACTIVE CHRONIC HEPATITIS-B AMONG HBsAg CARRIERS**

**Pulatov M.E.**

**Department of Infectious Diseases  
Andijan State Medical Institute**

Relevance: Currently, there are 350 million people worldwide with chronic HBV infection, who are, by definition, individuals who have had HBsAg detected in their blood serum for more than 6 months. HBV carriers represent a high risk group for the development of liver cirrhosis, liver failure and hepatocellular carcinoma. Despite the fact that most patients with HBV infection do not experience complications typical of chronic hepatitis B, however, 15-40% of them develop severe liver dysfunction at certain periods of their lives.

Objective: To identify the prevalence of active viral hepatitis B among HBsAg carriers

Research methods: The study included patients over the age of 18 with HBsAg carrier for more than 6 months. HBV DNA was determined using qualitative and quantitative PCR, HbeAg, HbeAb using solid-phase ELISA

Results: A total of 170 patients were examined, the average age was 40 years, among whom there were 94 (55%) men and 76 (45%) women. High-quality HBV DNA was detected in 88 people (51.5%). The HBV DNA was quantified at a concentration of 105 copies/ml in 38 (22.2%) patients, 106 copies/ml in 15 (8.8%), 107 copies/ml in 11 (6.4%) and 108 copies/ml in 7 (4.1%). In 13 patients (7.5%), it was determined HBeAg – 8 (62.5%) women and 5(37.5%) men. Elevated ALT levels (more than 50 units/l) were detected in 48 (28.2%) people. In patients with positive HBeAg, elevated ALT levels were observed in 9 (66.7%), and in 26 (16.7%) with negative HBeAg. In 27 patients (15.8%), a combination of indicators (HBsAg >6 months, HBV DNA >105 copies /ml, increased ALT >50 units/l) characteristic of chronic active viral hepatitis B was observed.

Conclusion: More than half of the examined HBsAg carriers are at risk for the development of chronic viral hepatitis, and in 15.8% we can talk about the development of chronic active viral hepatitis B and the need for antiviral therapy.

### **COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF THERAPY FOR CANDIDA INFECTION IN HIV/AIDS PATIENTS**

**Pulatov M.E.**

**Department of Infectious Diseases  
Andijan State Medical Institute**

Relevance: HIV infection is a chronic infectious disease with a contact mechanism of pathogen transmission, which is characterized by progressive damage to the immune system, leading to the development of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and death from opportunistic diseases. In AIDS patients, candidiasis is often found in the form of whitish curd-like overlays on the tongue, tonsils and other areas of the oral mucosa.

Objective: To evaluate and compare the effectiveness of fungicidal therapy in candida infection of HIV-AIDS patients.

Research methods: A study was conducted on the effectiveness of fungicidal therapy in HIV-infected persons and AIDS patients who sought medical help for oral candidiasis. The study included 34 patients: 12 (31.2%) men and 24 (68.8%) women aged 20 to 45 years. The criteria for the diagnosis of candidiasis are clinical. Candida infection was treated with nystatin, ketoconazole and fluconazole.

Results: The examined patients often complained of lesions of the oral mucosa of various localization. The clinical forms had the following structure: erythematosis – 28%, glossitis – 52%, angular cheilitis – 12%, erosive stomatitis-8%. Pronounced changes were noted with a decrease in the number of CD4 cells below 200 / mm cubic meters. Treatment was effective in the vast majority of cases and had no side effects. The effectiveness of treatment, taking into account fungicidal therapy, was: nystatin – 8, ketoconazole – 11, fluconazole – 15.

Conclusions: The results of the study indicate the high effectiveness of fungicidal drugs that are used in modern practice of treating secondary mycoses in HIV infection. Currently, antimycotic therapy for HIV infections does not present certain difficulties, except in cases of fatal absolute immunosuppression.

## OUR EXPERIENCE IN MICROSURGICAL TREATMENT OF STENOTIC AND OCCLUSIVE PATHOLOGIES OF CEREBROVASCULAR DISEASES

**Rasulov Sh.O., Abdullaev N.K.**

**Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Neurosurgery,  
Tashkent, Uzbekistan**

**Aim:** Improving Surgical Outcomes for Patients with Stenotic and Occlusive Pathologies of the Cerebrovascular System **Materials and Methods:**

Our study included 17 patients with hemodynamic ischemia syndrome, complex aneurysms, and skull base tumors treated in our hospital from 2022 to 2023. Of these, 9 patients had complex intracranial aneurysms, 4 patients had idiopathic stenosis of brain vessels, 3 patients had moyamoya disease, and 1 patient had a giant skull base tumor. All patients underwent preoperative assessments to evaluate hemodynamic disturbances, anatomical features of vessels, and pathologies of other organs and systems. A total of 18 anastomoses were performed: 2 high-flow unilateral, 12 low-flow unilateral, and 4 combinations of direct and indirect bilateral anastomoses, and 1 combined anastomosis on one side. Additionally, 18 anastomoses were end-to-side, and only 1 was end-to-end. Anastomoses were formed using standard techniques in all cases.

**Results:**

Among 9 patients with complex aneurysms, 2 underwent high-flow extracranial-intracranial (EC-IC) bypass. One patient developed hyperperfusion syndrome and neurological deficits postoperatively. Notably, simultaneous resection was performed due to better aneurysm accessibility and visualization. Another patient died early postoperatively due to somatic complications. The remaining 7 patients underwent standard low-flow microanastomosis followed by endovascular occlusion of the aneurysm. Four patients with idiopathic stenosis underwent low-flow microanastomosis, resulting in neurological improvement and no recurrent transient ischemic attacks (TIA). Three patients with moyamoya disease underwent combined EC-IC bypass with encephalo-duro-arterio-myosynangiosis bilaterally with a two-month interval between surgeries, resulting in significant neurological improvement postoperatively. One patient with a giant skull base meningioma underwent tumor resection with simultaneous EC-IC bypass, preserving neurological function of the dominant brain hemisphere. Overall, the positive outcome rate of bypass techniques with various modifications was 93.75%.

**Conclusion:**

The application of EC-IC bypass and its modifications yields favorable outcomes in patients with hemodynamic ischemia syndrome, complex aneurysms, or skull base tumors. Simultaneous aneurysm occlusion during open surgery may lead to hyperperfusion syndrome. Additionally, these methods may offer economic benefits compared to other interventions.

**Keywords:** extracranial-intracranial microanastomosis, moyamoya, complex aneurysms.

## PREVENTION OF DISEASES IN GYNECOLOGY

**Rasulova Nilufar Abduvossiyevna**  
**CAMU International Medical University**  
**Uzbekistan, Fergana**

**Annotation:** This article reviews the definition, epidemiology, and safety quality of the most common gynecological conditions, including cervical cancer, breast cancer, PCOS, uterine bleeding, and vulvovaginitis.

**Key words:** neoplasia, cervix cancer, milk ducts, breast cancer, menorrhagia, sexual life, smoking,

In the few last decades, papilloma and herpes viruses gets more importance in the development of epithelial dysplasia, neoplasia and cervix cancer. Cervix cancer has the second place in mortality from gynecology diseases with the incidence of 350,000 new cases diagnosed each year.

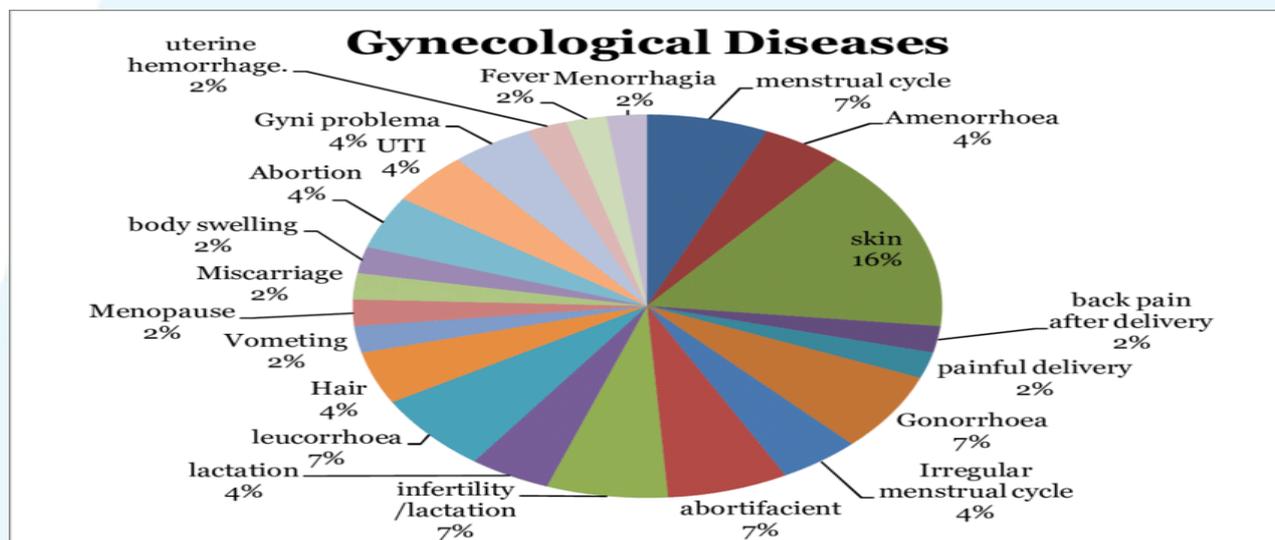
In countries where screening is well-developed, such as England, the number of women suffering and dying from cervix cancer has been reduced by 80%. Breast cancer is the most common cancer among women (about 32% of all cancers) and the most common cause of death in the age of 45-55 years. In the world, about 1 million new cases are registered each year. In developed countries, mortality was significantly reduced to about 25%, thanks to the early detection and modern therapy. The incidence of the polycystic ovary syndrome (PCOS) is 15-25% in the population of women in the reproductive age according to the European criteria. It is more common in adolescents with 25%. Luckily, after the age of 40 it is relieved by hyper and rogenemia spontaneously so that in this age the incidence is about 15% and in perimenopausal period the incidence is 10%.

Numerous studies have shown that the rate of incidence and mortality are significantly reduced where there is organized screening. The general practitioners has an important role to make sure that most of the women are attending regular, systematic gynecological examinations according to recommendation that exist in the national guide for the prevention of malignant diseases.

In terms of medical science and practice this imply: How to identify, lead and resolve, also treat the diseases according to certain guidelines and treatment algorithms. Furthermore, disease management and compliance means algorithms and the adoption of certain postulates by family doctors in the health care centers as they represent the first line of meeting and solving certain diseases and conditions in patients.

Management of gynecological diseases represents the application in the field of gynecological diseases. Gynecological diseases are diseases of the female genital organs and within it we can talk about sexually transmitted diseases and obstetrics.[[1,2,3,4,5](#)] Their diagnosis and treatment is an important aspect of the quality-of-life of women and their reproductive health because these diseases are public health and social problem and is very important to deal with them at the level of primary health-care (PHC), so in this context to promote both primary and secondary prevention.[[6,7](#)] Sometimes, this is more important than curative procedures. First of all, it is important to promote a healthy life-style and conscious entering the sexual activity by young girls. Primary prevention involves regular gynecological examinations and screening.

Here, we will specify the definition and epidemiology of the most frequent gynecological diseases and their risk factors: Cervical cancer, breast cancer, PCOS, irregular bleedings from the uterus and vulvo vaginitis.



Pie chart 1. It shows gynecological diseases identified from the study area

In recent decades, to papilloma and herpes viruses is attributed the growing importance in the emergence of epithelial dysplasia, neoplasia and cervical cancer. It is believed that the influence of these viruses that penetrate the epithelium around the outer cervix at the place of metaplasia of the layered stratified epithelium in the cylinder caused changes in epithelial cells that lead to dysplasia. Cervical cancer primarily affects women from 45 to 50 years of age; approximately 37% of patients are younger than 35 years. Women over 65 make up 10% of patients and this age group usually dies from the disease, which is related to progression of the disease at the time of diagnosis.

Causes of primary dysmenorrhea and mechanism of pain occurrence in it are not known today. It is believed that a substantial influence have psychological factors, due to the threshold of sensitivity of different people.

## ONCOLOGICAL DISEASES AND ITS DANGERS

**Rasulova Nilufar Abduvossiyevna**  
**CAMU International Medical University**  
**Uzbekistan, Fergana**

Annotation: In this article, about 570,000 new cases of cervical cancer were recorded in the world in 2018 alone, more than 311,000 women die from this disease every year, and thousands of women are diagnosed with cervical cancer in our country every year information is provided.

Key words: soft tissue, anemia, vaccination, body, children, life, ecological, tumors, environment, spots

Embryonic factors play a key role in the development of oncological diseases in children. Oncological diseases are one of the problems that seriously affect the health of not only the elderly population, but also children. According to experts, thousands of patients can be returned to a healthy life by effective organization of activities related to the prevention of such diseases and early detection of the disease[6].

Hemablastoses make up about 40% of oncological diseases among children. Central nervous system tumors, neuroblastomas, kidney, bone, soft tissue, ear, throat, nose, liver, and genital malignancies are also found. Embryonic factors play a key role in the development of

oncological diseases in children. In order to prevent dangerous tumor diseases in children, first of all, it is very important for parents to be healthy, to create a healthy environment in the family, to be free from harmful diseases, and also to keep the ecological environment clean. The child becomes weak, anemia develops, body temperature rises to 37-37.5 degrees. In addition, body weight decreases, peripheral lymph nodes, lymph nodes in the jaw, armpits, neck, groin increase [1,2]. If such symptoms are observed, the child should be referred to an oncologist. Today, medical institutions in our regions have modern opportunities for early detection and treatment of oncological diseases in children. In the medical language, it is called a hemangioma. In addition, children have lymphangiomas, bone osteomas, and soft tissue formations in the form of various spots [1]. These are safe tumors. However, some of them can turn into malignant tumors. Therefore, it is absolutely impossible for parents to try to eliminate such formations on the child's body as they know how, to try to remove moles or to try to lose them by applying various fats[4]. This can lead to serious consequences. If the child has such formations on his body, then the child should be examined by a specialist and follow the doctor's recommendations. When you enter families, if you give enough understanding to parents in this regard, you will make a worthy contribution to the protection of children's health. Papilloma is a viral disease. Some manifestations cause oncological diseases. In particular, the papilloma virus leads the development of cervical cancer in women[3]. Cervical cancer is the second most common cancer after breast cancer among women of all ages. According to statistics, in 2018 alone, about 570,000 new cases of cervical cancer were registered in the world. More than 311 thousand women die from this disease every year. In particular, thousands of women are diagnosed with cervical cancer in our country every year[5]. The best way to prevent the disease is vaccination.

**Abstract:** In contemporary pharmacy education, the integration of scientific principles across various disciplines has become imperative for fostering a comprehensive understanding of pharmaceutical practice. This article explores the practical significance of incorporating science integration into the curriculum for pharmacy direction students. By examining the benefits, challenges, and effective strategies of science integration, this paper elucidates its pivotal role in preparing future pharmacists to navigate the complexities of modern healthcare. Through case studies and empirical evidence, we highlight the tangible outcomes of science integration in enhancing students' critical thinking, problem-solving abilities, and clinical competence. Furthermore, we discuss the implications of science integration for advancing pharmaceutical research, innovation, and patient care. Overall, this article advocates for the integration of science as a cornerstone in pharmacy education to cultivate proficient and adaptable pharmacy professionals.

**Keywords:** pharmacy education, science integration, pharmaceutical practice, critical thinking, problem-solving, clinical competence.

1. Introduction: The landscape of pharmacy practice is continually evolving, driven by advancements in science, technology, and healthcare delivery systems. In response to these changes, pharmacy education must adapt to equip students with the knowledge and skills necessary to thrive in dynamic healthcare environments. One approach to achieving this goal is through the integration of science across the curriculum, transcending traditional disciplinary boundaries to foster interdisciplinary understanding and collaboration. This

article explores the practical importance of science integration in the discharge of pharmacy direction students, emphasizing its role in preparing future pharmacists to meet the challenges of contemporary healthcare practice.

2. **Benefits of Science Integration:** Integrating science into pharmacy education offers multifaceted benefits for students, faculty, and the broader healthcare community. By incorporating principles from diverse scientific disciplines such as chemistry, biology, physiology, pharmacology, and therapeutics, students gain a holistic understanding of drug action, metabolism, and interactions. This interdisciplinary approach enhances students' ability to critically analyze complex pharmaceutical problems, synthesize information from disparate sources, and develop innovative solutions. Moreover, science integration cultivates a culture of lifelong learning and adaptability, equipping students with the skills to stay abreast of emerging scientific research and technological advancements throughout their careers.

3. **Challenges and Strategies for Implementation:** Despite the numerous advantages of science integration, its implementation in pharmacy education is not without challenges. Faculty members may encounter resistance to change, logistical constraints, and disciplinary silos that hinder collaboration across departments. Moreover, designing and delivering integrated curricula requires substantial time, resources, and expertise. However, various strategies can mitigate these challenges and facilitate effective science integration. These include fostering a culture of interprofessional collaboration, providing faculty development opportunities, leveraging technology-enhanced learning modalities, and engaging students as active participants in the learning process through problem-based and experiential learning activities.

4. **Case Studies and Empirical Evidence:** To illustrate the practical impact of science integration in pharmacy education, this section presents case studies and empirical evidence from institutions that have successfully implemented integrated curricula. These examples demonstrate how science integration enhances students' ability to apply theoretical knowledge to real-world clinical scenarios, promotes interdisciplinary collaboration among faculty and students, and improves student outcomes such as academic performance, licensure examination pass rates, and job placement. Moreover, longitudinal studies tracking graduates' career trajectories provide insights into the long-term benefits of science integration for professional development and practice excellence.

5. **Implications for Pharmacy Practice and Research:** The integration of science in pharmacy education has profound implications for advancing pharmaceutical practice and research. By equipping students with a robust foundation in scientific principles, pharmacy programs can foster a cadre of highly skilled professionals capable of addressing complex healthcare challenges, optimizing medication therapy outcomes, and improving patient safety and quality of care. Furthermore, science integration stimulates innovation and discovery by facilitating interdisciplinary research collaborations and translational science initiatives that bridge the gap between basic science discoveries and clinical applications.

6. **Conclusion:** In conclusion, the practical importance of science integration in the discharge of pharmacy direction students cannot be overstated. By transcending disciplinary boundaries and fostering interdisciplinary collaboration, science integration equips future

pharmacists with the knowledge, skills, and mindset necessary to excel in contemporary healthcare practice. Despite challenges, the benefits of science integration are tangible and far-reaching, extending beyond the classroom to impact patient care, research, and public health outcomes. As pharmacy education continues to evolve, embracing science integration as a fundamental pillar will be essential for preparing students to navigate the complexities of the modern healthcare landscape and drive innovation in pharmaceutical practice and research.

## **THE PRACTICAL IMPORTANCE OF SCIENCE INTEGRATION IN THE DISCHARGE OF PHARMACY DIRECTION STUDENTS.**

**Rustamov Mirodiljon Muhammadjanovich.**  
**Andijan State Medical Institute**

**Purpose of the study:** In contemporary pharmacy education, the integration of scientific principles across various disciplines has become imperative for fostering a comprehensive understanding of pharmaceutical practice. This article explores the practical significance of incorporating science integration into the curriculum for pharmacy direction students. By examining the benefits, challenges, and effective strategies of science integration, this paper elucidates its pivotal role in preparing future pharmacists to navigate the complexities of modern healthcare. Through case studies and empirical evidence, we highlight the tangible outcomes of science integration in enhancing students' critical thinking, problem-solving abilities, and clinical competence. Furthermore, we discuss the implications of science integration for advancing pharmaceutical research, innovation, and patient care. Overall, this article advocates for the integration of science as a cornerstone in pharmacy education to cultivate proficient and adaptable pharmacy professionals.

**Material and research methods:** The landscape of pharmacy practice is continually evolving, driven by advancements in science, technology, and healthcare delivery systems. In response to these changes, pharmacy education must adapt to equip students with the knowledge and skills necessary to thrive in dynamic healthcare environments. One approach to achieving this goal is through the integration of science across the curriculum, transcending traditional disciplinary boundaries to foster interdisciplinary understanding and collaboration. This article explores the practical importance of science integration in the discharge of pharmacy direction students, emphasizing its role in preparing future pharmacists to meet the challenges of contemporary healthcare practice.

1. **Benefits of Science Integration:** Integrating science into pharmacy education offers multifaceted benefits for students, faculty, and the broader healthcare community. By incorporating principles from diverse scientific disciplines such as chemistry, biology, physiology, pharmacology, and therapeutics, students gain a holistic understanding of drug action, metabolism, and interactions. This interdisciplinary approach enhances students' ability to critically analyze complex pharmaceutical problems, synthesize information from disparate sources, and develop innovative solutions. Moreover, science integration cultivates a culture of lifelong learning and adaptability, equipping students with the skills to stay abreast of emerging scientific research and technological advancements throughout their careers.

2. **Challenges and Strategies for Implementation:** Despite the numerous advantages of science integration, its implementation in pharmacy education is not without challenges. Faculty members may encounter resistance to change, logistical constraints, and disciplinary

silos that hinder collaboration across departments. Moreover, designing and delivering integrated curricula requires substantial time, resources, and expertise. However, various strategies can mitigate these challenges and facilitate effective science integration. These include fostering a culture of interprofessional collaboration, providing faculty development opportunities, leveraging technology-enhanced learning modalities, and engaging students as active participants in the learning process through problem-based and experiential learning activities.

3. **Case Studies and Empirical Evidence:** To illustrate the practical impact of science integration in pharmacy education, this section presents case studies and empirical evidence from institutions that have successfully implemented integrated curricula. These examples demonstrate how science integration enhances students' ability to apply theoretical knowledge to real-world clinical scenarios, promotes interdisciplinary collaboration among faculty and students, and improves student outcomes such as academic performance, licensure examination pass rates, and job placement. Moreover, longitudinal studies tracking graduates' career trajectories provide insights into the long-term benefits of science integration for professional development and practice excellence.

4. **Implications for Pharmacy Practice and Research:** The integration of science in pharmacy education has profound implications for advancing pharmaceutical practice and research. By equipping students with a robust foundation in scientific principles, pharmacy programs can foster a cadre of highly skilled professionals capable of addressing complex healthcare challenges, optimizing medication therapy outcomes, and improving patient safety and quality of care. Furthermore, science integration stimulates innovation and discovery by facilitating interdisciplinary research collaborations and translational science initiatives that bridge the gap between basic science discoveries and clinical applications.

**Conclusion:** In conclusion, the practical importance of science integration in the discharge of pharmacy direction students cannot be overstated. By transcending disciplinary boundaries and fostering interdisciplinary collaboration, science integration equips future pharmacists with the knowledge, skills, and mindset necessary to excel in contemporary healthcare practice. Despite challenges, the benefits of science integration are tangible and far-reaching, extending beyond the classroom to impact patient care, research, and public health outcomes. As pharmacy education continues to evolve, embracing science integration as a fundamental pillar will be essential for preparing students to navigate the complexities of the modern healthcare landscape and drive innovation in pharmaceutical practice and research.

## **PROGNOSTIC AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN CONGENITAL HEMOLYTIC DISEASE**

**Rustamova N. X.**

**Assistant of Tashkent Medical Academy of Urgench Branch**

Introduction Thalassaemia (TM) is a genetic disorder in the production of hemoglobin. Patients with TM, who have been recipients of donated blood for many years, are at a high risk of infection with bioagents transmitted by transfusion. These patients suffer from various complications such as infections, autoimmunity and alloimmunization due to transfusion. Such complications link the immune system to the pathogenesis of HM. In this study, we reviewed the latest available data on the interaction of pathophysiological determinants of HM and components of the immune system.

**Materials and Methods** In the Republican Scientific and Practical Specialized Medical Center of Hematology, 200 patients registered with the dispensary with a diagnosis of thalassemia at the age from 1 to 27 years were examined. An immunological and biochemical study of the state of cellular and humoral immunity and the amount of iron-containing ferritin protein was carried out in 200 patients, female and male with various forms of TM. We used a set of diagnostic methods for determining cellular and humoral immunity, which was determined by the enzyme immunoassay in which we used special test systems that have high sensitivity. Indicators of humoral immunity, Ig A, M, G, as well as some indicators of cellular immunity CD3 +, CD4 +, CD8 +, CD16 + were determined, the cytokine profile was studied by determining interleukin 6 and 18. Interleukins were determined in blood serum by enzyme-linked immunosorbent assay. Used test set "AO Vector Best" (Russia). Determination of Ig A, M, G was carried out by the method of immunoassay agglutination on the apparatus Human GmbH (Germany). The indicators of cellular immunity CD3 +, CD4 +, CD8 +, CD16 + were determined by the enzyme immunoassay in which special tests are used - systems that are highly sensitive. The results obtained were mathematically processed using the known formulas for variation statistics. The reliability of the data was assessed using the criterion of reliability (t).

**Results** In connection with the recently established data on the significant role of inflammation in the pathogenesis of thalassemia, the importance of determining pro-inflammatory cytokines as markers of destabilization of the immune system increases. One of the pro-inflammatory cytokines is interleukin (IL) 6, which has a wide range of humoral and cellular immune effects associated with inflammation and tissue damage. Also, interleukin (IL) 18, known as IFN- $\gamma$ -inducing factor, rapidly activates cells monocyte / macrophage system, which leads to the activation of many antibacterial, antitumor, antiviral responses. When studying the indicators of IL 6 and IL 18, showed a significant increase in the content of interleukin 6 and interleukin 18 in all patients. Thus, the indices of interleukin 6 averaged  $58.0 \pm 2.4$  pg / ml, and the indices of interleukin 18 were  $595.7 \pm 43.3$  pg / ml ( $X \pm ms$ ). Changes in lymphocyte subgroups include higher numbers and activity of suppressor T cells (CD8 +), decreased proliferative capacity and the number and level of activity of helper T cells (CD4 +), leading to a decrease in the CD4 + / CD8 + ratio, and defective natural killer cell activity (NK +).

**Conclusions** TM patients usually have higher levels of immune cells, probably as a result of antigenic contamination from blood transfusion. However, these patients face impaired immune cell function. Impaired secretion of immunoglobulins, accompanied by elevated levels of Ig G, Ig M and Ig A, indicate liver dysfunction as a result of iron overload, associated with hemolysis of erythrocytes and regular blood transfusions, i.e., a complication in the form of hemosiderosis of the internal organs of patients with TM. The role of immunological interactions in the pathogenesis of HM needs further disclosure in future studies. Potential research will continue between the state of the immune system in TM and its other complications, including heart failure, hypertension, atherosclerosis, liver fibrosis, diabetes, thyroid dysfunction, and osteoporosis. The studies carried out expand our understanding of the dysfunction of immunoregulatory mechanisms in patients with

thalassemia and allow us to outline new approaches to assessing the immunological status, therapy and prognosis.

## **ANALYSIS OF THE CONSEQUENCES OF COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC PHLEGMON IN THE LOWER EXTREMITIES**

**Soliyev M.B., Bektasheva G.M., Jurayev G.G.  
Andijan State Medical Institute**

The purpose of the study is improving the results of purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus by using photodynamic therapy in combination with laser radiation.

Research materials and methods. The clinical study covered the period from 2020 to May 2023, a total of 110 patients operated on in the department of purulent septic surgery at the ASMI clinic for phlegmon of various localization in the lower extremities that developed against the background of diabetes. All patients were divided into two groups. The main group included 53 patients in whom, for the period from 2022 to May 2023, surgical treatment of phlegmon of the lower extremity was performed using an improved method of treating purulent necrotic processes of the lower extremities in patients with DM. The comparison group included 57 patients (2020-2021), in whom surgical treatment was carried out according to the traditional method. Both groups were comparable in all major indicators: gender, age, localization and severity of the course of the purulent necrotic process, etc. The distribution of patients by phlegmon localization on the lower limb showed that in the comparison group there were 24 (42.1%) patients with purulent necrotic process on the thigh and lower leg, in the remaining 9 (15.8%) cases the lesion was in the knee area. In the main group there were 22 (41.5%) patients with femoral phlegmon, 8 (15.1%) in the shin area and 23 (43.4%) on the shin.

Men significantly prevailed in the groups and accounted for 73.7% (42 patients) in the comparison group and 69.8% (37 patients) in the main group. The age of the patients ranged from 18 to 70 years. In most cases, patients were between 40 and 70 years old – 82.5% (47 patients) in the comparison group and 81.1% (43 patients) in the main group.

All patients complained of febrile fever, general intoxication, redness and swelling at the site of the purulent-necrotic process, as well as softening of the infiltrate with the development of a purulent cavity. In the comparison group, 42 (73.7%) and 45 (84.9) in the main group complained of chills, about 10% of patients noted an increase in lymph nodes. Depending on the type of phlegmon, the distribution showed the following. In the comparison group, 21 (36.8%) patients and in the main group 17 (32.1%) had purulent phlegmon, serous in 6 (10.5%) and 4 (7.5%) patients, respectively, putrefactive in 7 (12.3%) and 7 (13.2%), necrotic in 13 (22.8%) and 16 (30.2%), anaerobic in 10 (17.5%) and 9 (17.0%) patients.

After a short preoperative course of examination and preparation, all patients were operated on. An autopsy of a purulent necrotic lesion was performed, with necrectomy, while, as mentioned above, the wound management technique differed in the comparison groups. In both groups, the autopsy and sanitation of the hearth were technically identical. The differences were in addition to the main group of methods of physical impact on the wound, that is, laser irradiation and the photodynamic effect of methylene blue.

The results of the study. In the early postoperative period, all types of possible complications were taken into account. Their total frequency in the comparison group was 66.7% (in 38 of 57 patients), while in the main group 24.5% of cases of complicated course were verified (in 13 of 53 patients), which turned out to be significantly less than in the

comparison group ( $\chi^2=19.610$ ;  $df=1$ ;  $p<0.001$ ). The nature of the lesion determined the possibility of its spread after autopsy and rehabilitation, which was noted in both groups, but at the same time, additional exposure to the wound in the main group actually reduced the risk of developing this complication by 4 times. Thus, in the comparison group, the spread of the inflammatory process to neighboring tissues was noted in 21 (36.8%) patients, and in the main group in 5 (9.4%). Marginal necrosis of the wound developed in 15 (26.3%) and 6 (11.3%) patients, respectively. Other common complications in the comparison group were hemorrhage from the wound and infiltration – 9 (15.8%) patients each, while in the main group, the development of the infiltrative process was noted in only 3 (5.7%) patients. Acute lymphangitis was reported in 6 (10.5%) and 2 (3.8%) patients.

In general, in the comparison group, additional invasive interventions were performed in 18 (31.6%) patients, whereas in the main group only in 7 (13.2%) ( $\chi^2=5.278$ ;  $df=1$ ;  $p=0.022$ ). Repeated opening of the lesion with the spread of inflammation was performed in 3 (5.3%) and 1 (1.9%) patients, respectively, in 4 (7.0%) and 1 (1.9%) cases, this manipulation was supplemented by excision of necrotic tissues. In 11 (19.3%) and 5 (9.4%) cases, the intervention was limited to excision of necrotic tissues.

In the early postoperative period in patients after the opening of the purulent-necrotic process, the assessment of the local status in dynamics was carried out according to the condition of the skin around the wound, its color, the presence of edema, hyperemia, purulent swelling or necrotic tissue, local temperature, as well as the nature and size of the wound defect.

Thus, the introduction of a new method for the treatment of purulent necrotic processes of the lower extremities in patients with diabetes mellitus reduced the incidence of postoperative complications from 66.7% (in 38 of 57 patients from the comparison group) to 24.5% (in 13 of 53 patients in the main group;  $\chi^2=19.610$ ;  $df=1$ ;  $p<0.001$ ), thereby reducing the need for repeated interventions from 31.6% (18 patients in the comparison group) to 13.2% (7 patients in the main group;  $\chi^2=5.278$ ;  $df=1$ ;  $p=0.022$ ). Stimulation of the etiopathogenetic mechanisms of healing of purulent wounds made it possible to significantly accelerate the regression of the wound process, in particular, by the 3rd day there was a significant decrease in the level of leukocytosis (from  $13.7\pm 3.7$  to  $11.6\pm 3.5 \times 10^9/l$  in the comparison group and from  $14.2\pm 2.8$  to  $10.1\pm 2.6 \times 10^9/l$  in the main group;  $t=2.63$   $p<0.05$ ), in turn, the presence of wound edema by 7 days persisted in 36.8% (21 patients) in the comparison group and in 15.1% (8) in the main group ( $\chi^2=6.691$ ;  $df=1$ ;  $p=0.010$ ), infiltration in 38.6% (22) versus 15.1% (8) ( $\chi^2=7.648$ ;  $df=1$ ;  $p=0.006$ ), respectively, of wound discharge in 40.4% (23) versus 17.0% (9) ( $\chi^2=7.271$ ;  $df=1$ ;  $p=0.008$ ), with complete wound cleansing in these terms in 50.9% (29) versus 79.2% (42) ( $\chi^2=9.658$ ;  $df=1$ ;  $p=0.002$ ) and the appearance of granulation tissue in 24.6% (14) versus 54.7% (29) ( $\chi^2=10.489$ ;  $df=1$ ;  $p=0.002$ ).

Conclusion. The introduction of a new method for the treatment of purulent necrotic processes of the lower extremities in patients with diabetes mellitus allowed to reduce the frequency of postoperative complications from 66.7% to 24.5% ( $p<0.001$ ), thereby reducing the need for repeated interventions from 31.6% to 13.2% ( $p=0.022$ ), while a more significant decrease was noted on day 7 leukocytosis ( $10.3\pm 3.1$  vs.  $8.8\pm 2.1 \times 10^9/L$ ;  $p<0.05$ ), the proportion of patients with preserved edema from 36.8% to 15.1% ( $p=0.010$ ), infiltration from 38.6% to 15.1% ( $p=0.006$ ), wound discharge from 40.4% to 17.0% ( $p=0.008$ ), as well as an increase in patients with complete wound cleansing from 50.9% up to 79.2% ( $p=0.002$ ) and the appearance of granulation tissue from 24.6% to 54.7% ( $p=0.002$ ). Stimulation of the etiopathogenetic mechanisms of healing of purulent wounds made it possible to significantly accelerate the regression of the wound process, with an increase in the frequency of complete epithelialization of the wound by 14 days of treatment from 36.8% to 69.8% ( $p<0.002$ ),

significantly higher rates of reduction of the wound surface area ( $p<0.05$ ), a reduction in the average time of complete wound healing from  $19.1\pm 10.3$  to  $12.5\pm 6.3$  days ( $p<0.05$ ), as well as the duration of hospitalization from  $11.2\pm 4.1$  to  $8.3\pm 2.7$  days ( $p<0.05$ ).

## **SPREAD OF HCV INFECTION AMONG CHILDREN AND ADULTS**

**O.N.Solomonnik**  
**Andijan State Medical Institute**

**Introduction.** In many regions of the world, there is an unfavorable situation for parenteral viral hepatitis (HCV). According to WHO, the number of people infected with the hepatitis C virus (HCV) in the world is at least 500 million. More than 170-200 million of them are patients with chronic hepatitis c (HCV). HCV markers have been diagnosed in 13% of the world's population. More than 4 million people are infected with HCV in the United States. The epidemiological situation of viral hepatitis C in Uzbekistan is also not calm. Those suffering from HCV infection are the main cause of the development of chronic hepatitis, cirrhosis of the liver and hepatocellular carcinoma. At the same time, in 60-70% of cases or more, the outcomes of this infection, developing late (15-25 years after infection), are the cause of death of patients. The lack of specific prevention of hepatitis C so far, and the known difficulties of treatment determine the complexity and relevance of this medical problem. **The purpose of the study.** To establish the breadth of HCV and its genotypes among healthy children and adults, as well as different risk groups in Andijan, which, like the entire Ferghana Valley, belong to the hyperendemic zone for the incidence of viral hepatitis.

**Research materials and methods.** 977 people (570 adults and 402 children) from 4 groups were under observation. The first group included 260 practically healthy children aged from 1 to 14 years old, organized in kindergartens, kindergartens and schools. The 2nd group consisted of 104 practically healthy adults, aged 18-50 years. The 3rd group consisted of 471 staff donors who constantly donate blood to the blood transfusion station, Andijan. The 4th group included 142 children – patients of the intensive care unit who are there with severe forms of OCI, sepsis and other diseases. The examined children and adults in the above groups denied a history of parenteral viral hepatitis.

In all the observed patients, along with general clinical examinations of the standard set of laboratory tests, antibodies to hepatitis C (anti - HCV) were determined by enzyme immunoassay (ELISA) – 3rd generation. In order to study the spread of various HCV genotypes in Andijan, HCV RNA was indicated by RT-PCR in blood sera positive for anti-HCV, followed by genotyping of isolated HCV RNA samples. 80 samples of 20 samples from each examined group were examined.

**The results of the survey and their discussion.** The results of the study showed that in the 1st group of practically healthy children, anti HCV was detected in 14 (53%) and among the examined healthy adults in 7 (6.6%). Among the cadre donors, anti-HCV was detected in 90 persons among patients of the intensive care unit belonging to the high-risk group, anti-HCV was detected the most in 36 (25.3%). The results of the study of HCV genotypes showed that the greatest diversity of HCV genotypes was noted in the group of patients in the intensive care unit, where genotype 1 was detected in 70.0% and genotypes 1a, 2a were almost uniformly detected. For (respectively: 10.5; 8.5; and 11%). And among the staff donors, genotype 1b was identified in 80.0%, genotypes 1a – 9.5 and 10.5%, respectively. Only 2 genotypes were identified among healthy children and adults. Their predominant genotype was 1b (80.0% and 90.0%, respectively). Genotype 1a was less common (20.0 and 10%, respectively).

Conclusions. In patients at risk of parenteral infection, a high frequency of anti-HCV detection was revealed.

The highest rates are found in children who are often ill, intensive care unit patients, adult staff donors, and relatively low in practically healthy children and adults.

The high level of carrier and diversity of HCV genotypes is explained by the multiplicity of sources of infection, a large number of parenteral manipulations performed in them, including blood transfusions and its preparations, compared with groups of practically healthy children and adults.

## **POSSIBILITIES OF MODERN THERAPY FOR LIVER CIRRHOSIS AND HEPATORENAL SYNDROME TYPE 2**

**S.S.Sultanov<sup>1</sup>, M.F.ЮJumaeva<sup>2</sup>, A.R. Yarashev<sup>1</sup>**

**Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medical care,  
Bukhara city, Uzbekistan  
Bukhara state medical institute.**

Introduction. Hepatorenal syndrome (HRS) is a severe complication that occurs in patients with liver cirrhosis (LC), characterized by clinical manifestations of renal failure (RF). Type 2 HRS occurs in patients with severe ascites refractory to diuretics. The average survival time for patients with type 2 HRS is 6 months. Laboratory criteria for type 2 HRS are the level of creatinine in the blood serum (above 150  $\mu\text{mol/l}$ ), characteristically high plasma levels of renin, aldosterone and antidiuretic hormone. In this case, renal failure develops slowly. HRS is based on hemodynamic disturbances, leading to a decrease in renal blood flow, activation of the sympathetic nervous system and increased synthesis of humoral and renal vasoactive mediators. Currently, HRS is considered a functional disorder of the kidneys, since there is no specific morphological substrate for it. Depending on the intensity of the manifestation of PN and the prognosis, two types of HRS are distinguished. Type 1 HRS is observed against the background of acute hepatitis, spontaneous bacterial peritonitis, gastrointestinal bleeding (GI) or after volume paracentesis without albumin administration. Type 1 HRS has a poor prognosis, with a mortality rate of 80% within two weeks. Other predisposing factors for HRS in 10% of patients with cirrhosis are bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach, as well as intensive use of diuretics leading to a decrease in circulating blood volume, the use of aminoglycosides, non-steroidal anti-inflammatory drugs that inhibit the formation of prostaglandins and impair the excretion of sodium ions. It was of interest to study the effectiveness of a set of treatment measures in patients with cirrhosis and type 2 HRS hospitalized in the gastroenterology department of the hospital.

Purpose of the study is to evaluate the results of treatment of patients with cirrhosis and type 2 HRS to optimize it and improve their quality of life.

Materials and methods. During the period from 2021 to 2023, 98 patients suffering from cirrhosis were hospitalized at the clinic (57 in the gastroenterology department and 41 in the intensive care unit with bleeding from varicose veins), aged from 20 to 68 years. The study included 39 patients with cirrhosis and type 2 HRS. Men – 34 (89.2%), women – 5 (10.8%), under the age of 40 years – 5 patients, 50-60 years old – 22 and over 60 years old – 12 people. All patients with cirrhosis had clinical and laboratory signs of chronic liver failure and type 2 HRS.

Results. The complex of treatment measures included generally accepted drug therapy according to hospital protocols. All patients received intensive conservative treatment, including infusion-transfusion therapy according to the standards and principles accepted in

the clinic, which are published and generally known . Due to intense ascites and severe respiratory failure, 13 (34.9%) patients (10 in the gastroenterology department and 3 in the intensive care unit) underwent laparocentesis, 5 of them for emergency reasons. We remove 5-10 liters of ascitic fluid once every 2-3 weeks, with 2-5 liters removed in the first 2 hours, and the rest in the next 6-8 hours. To alleviate the patient's condition, 4-6 liters were removed. If there are indications for the evacuation of 8-10 liters of fluid, then for each liter of fluid removed, 6-8 g of albumin must be injected. Since 2010, the hospital has been performing hemodiafiltration; it was used in 4 patients with cirrhosis and type 2 HRS as the method of choice for this pathology. Laparocentesis is not performed if bilirubin is above 170  $\mu\text{mol/l}$ , thrombocytopenia is below 40,000 in 1  $\text{mm}^3$  and the prothrombin index is below 40%. The treatment was accompanied by an improvement in the patients' condition, a decrease in urea, creatinine and potassium levels in the blood plasma, an increase in sodium concentration, and an increase in systolic blood pressure. In the analyzed group, 8 patients died, the mortality rate was 21.7%.

**Conclusion.**In patients with cirrhosis and type 2 HRS, hemodiafiltration and plasmapheresis help reduce the severity of renal failure and improve liver function, which to some extent alleviates the condition and improves the quality of life of this particularly severe category of patients.

### **FEATURES AND INFLUENCE OF CARBOXY ANGIOGRAPHY ON THE PROGNOSIS OF CHRONIC LIMB ISCHEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE**

**Jakhongir Tojiboevich Tursunov<sup>1,2</sup>, Shovkat Kadirovich Muminov<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>Military Medical Academy.**

**<sup>2</sup>JackSoft Clinical Hospital.**

**<sup>3</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute.**

**Purpose of the study:** Chronic limb ischemia (CLI) in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and chronic kidney disease (CKD) poses a significant risk for adverse outcomes. Carboxy angiography, a diagnostic tool for evaluating vascular conditions, may influence the prognosis of these patients by affecting biomarkers indicative of renal function and inflammation. To assess the impact of carboxy angiography on the prognosis of CLI in patients with T2DM and CKD by analyzing changes in specific biomarkers and their association with clinical outcomes.

**Material and research methods:** This study retrospectively analyzed 118 patients (mean age  $65.24 \pm 13.65$  years; 63% male) with T2DM, CKD, and CLI who underwent carboxy angiography. Over a follow-up period of  $24.2 \pm 6.8$  months, we measured biomarkers including creatinine, high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), homocysteine, urine neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL), and kidney injury molecule-1 (KIM-1). Kaplan-Meier analysis and Proportional Cox regression models were utilized to evaluate the influence of these biomarkers on patient outcomes.

**Research results:** Kaplan-Meier survival curves highlighted significant differences in outcomes based on biomarker levels post-carboxy angiography. Elevated levels of creatinine, hs-CRP, homocysteine, urine NGAL, and KIM-1 were associated with poorer prognoses ( $P < 0.05$ ). Cox regression analysis identified high hs-CRP, homocysteine, and urine NGAL levels as independent predictors of adverse outcomes ( $P < 0.05$ ). Furthermore, the study found that carboxy angiography could indirectly influence the prognosis of CLI patients with T2DM and CKD by affecting these biomarkers.

**Conclusion:** Carboxy angiography plays a significant role in predicting the prognosis of CLI in patients with T2DM and CKD, mediated by its influence on key biomarkers related to renal function and inflammation. Identifying elevated levels of specific biomarkers post-procedure can help clinicians tailor more aggressive management strategies to improve patient outcomes. These findings highlight the importance of biomarker monitoring in the post-diagnostic care of CLI patients with concurrent T2DM and CKD.

### **A COMPREHENSIVE STUDY OF THE EFFICACY OF CARBOXY ANGIOGRAPHY IN DIAGNOSING PERIPHERAL ATHEROSCLEROSIS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC LIMB ISCHEMIA AND CHRONIC KIDNEY DISEASE**

**Jakhongir Tojiboevich Tursunov<sup>1,2</sup>, Shovkat Kadirovich Muminov<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>Military Medical Academy.**

**<sup>2</sup>JackSoft Clinical Hospital.**

**<sup>3</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute.**

**Purpose of the study:** This study aims to evaluate the efficacy of carboxy angiography as a diagnostic tool for peripheral atherosclerosis in patients suffering from chronic limb ischemia (CLI) and chronic kidney disease (CKD), exploring its impact on predicting outcomes over a significant follow-up period.

**Material and research methods:** A retrospective analysis was conducted on 118 patients (mean age  $65.24 \pm 13.65$  years; 63% male) diagnosed with CLI and CKD, undergoing carboxy angiography from 2021 to 2024 at the JackSoft Clinical Hospital. Patients were followed for an average of  $24.2 \pm 6.8$  months. Kaplan-Meier analysis, along with Proportional Cox regression models, were utilized to identify key predictors for outcomes and assess the impact of cumulative risk factors including Rutherford grade, the frequency of revascularizations, and hemorrhagic events.

**Research results:** Kaplan-Meier survival curves distinctly illustrated the influence of each risk factor and their cumulative impact on patient outcomes. The analysis revealed that patients with lower Rutherford grades at the time of diagnosis had significantly better survival rates and lower rates of adverse outcomes. Moreover, frequent revascularizations were associated with improved outcomes ( $P < 0.05$ ), whereas higher rates of hemorrhagic events were linked to poorer prognoses ( $P < 0.05$ ). Proportional Cox regression highlighted the importance of these factors, with certain predictors showing a significant correlation with better outcomes ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Carboxy angiography proves to be a valuable diagnostic tool in the management of peripheral atherosclerosis for patients with CLI and CKD, offering detailed insights into disease severity and potential outcomes. The study underscores the necessity of early diagnosis and the pivotal role of specific clinical factors in forecasting patient prognosis, thereby enabling tailored treatment strategies. Further research is warranted to expand upon these findings and optimize care for this patient population.

## **ANATOMICAL AND MORPHOLOGICAL PARAMETERS OF PROSTATE GLAND DEVELOPMENT IN NORMAL RATS**

**K.N.Fayzullaev, L.R.Kenjaev, Sh.J.Teshaev**

**Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medical care  
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino**

**Abstract.** Prostate gland is one of the important organs in men and the initial part of the urethra passes through the central part of the prostate gland, so this gland ensures the normal passage of urine.

**Goals and objectives.** The purpose of the work was to study the anatomical and morphological parameters of the prostate gland and clarify the changes in the prostate gland that may occur with the knowledge of these parameters.

**Material and methods.** During the investigation, a total of 30 prostate tissues were morphologically studied, based on the macroscopic and microscopic studies of prostate gland tissues of 4-6-9-month-old white purebred rats. For gross morphology, 1.5x1.5 cm slices were cut from each prostate gland, i.e., left lobe, right lobe, and middle lobe, and frozen in 10% neutral formalin. After washing in running water for 2 hours, they were dehydrated in increasing concentrations of alcohol, placed in xylene-paraffin for 4 hours, then paraffin was poured and paraffin blocks were prepared. 5-8  $\mu\text{m}$  sections were prepared from paraffin blocks and stained with hematoxylin and eosin. During the examination, the morphological aspects of the prostate gland were studied and the necessary information was obtained, and the cells and blood vessels of the prostate gland were photographed using a trinocular microscope.

**Results and conclusions.** During the examination, the macroscopic and microscopic structure of the prostate gland tissues of 30 purebred rats of 4-6-9 months of age were studied. The anatomy of the prostate gland varies widely among different vertebrates, but it is usually located below the bladder and in front of the rectum. The prostate gland has a similar structure in men and dogs, but in rats and mice it consists of several lobes. The white rat prostate is composed of four distinct lobes with distinct morphological characteristics, commonly referred to as the ventral, lateral, dorsal, and anterior lobes, and described according to their relative position to the urinary bladder. Despite the fact that the rat prostate gland is different from the human prostate gland, the histological structure and functions of the organ are very close to each other, and the similarity of molecular mechanisms makes rats a valuable model for studying human prostate diseases.

## **RESULTS OF STUDYING THE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF INTRACRANIAL HEMATOMA OF TRAUMATIC GENESIS.**

**R.B.Hazratkulov**

**Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Neurosurgery  
Tashkent, Republic of Uzbekistan**

**Purpose of the study** – to study follow-up data after differentiated treatment of patients with various types of traumatic intracranial hematomas.

**Material and research methods.** In order to objectively assess the various outcomes of differentiated treatment, we studied not only the early postoperative period, but also the intermediate and long-term periods of traumatic brain injury. According to generally accepted

criteria in the study of periods of traumatic brain injury, we analyzed the follow-up of 130 patients with various traumatic intracranial hematomas in the period from 3 months to 2 years.

Research results. According to statistical analysis, we have established a direct connection between the outcome of treatment and the types of hematomas. In the group of patients with acute epidural hematoma of the main group, a satisfactory result was observed in 83% of cases versus 17% of unsatisfactory results in the control group ( $\chi^2=4.46$ ;  $p<0.05$ ;  $OR=2.15$ ). Similar indicators were observed in the group of patients with acute subdurals ( $\chi^2=8.19$ ;  $p<0.05$ ;  $OR=4.88$ ) and multiple hematomas ( $\chi^2=5.92$ ;  $p<0.05$ ;  $OR=2.8$ ).

During the period of clarification of the follow-up, we studied the adaptation of patients to social and living conditions. The dynamics of neurological disorders and their recovery were studied using the Glasgow outcome scale, multislice computed tomography or magnetic resonance imaging of the brain, electroencephalography, transcranial Doppler sonography, and examinations by specialists.

According to our data, the proportion of patients who recover almost completely with good restoration of their ability to work increases sharply by the first year after injury and continues to grow further. This observation indicates a positive trend in recovery after traumatic brain injury.

It is also worth noting that the proportion of patients with minor impairments, a slight decrease in work capacity, asthenia and increased fatigue decreases by the first year after injury, mainly due to an increase in the number of patients with good recovery. This may indicate a positive effect of time on the recovery process.

According to the Glasgow outcome scale, good recovery after 3 months was in 19.2% ( $n=25$ ), after 6 months in 26.2% ( $n=34$ ) and 1 year in 37.7% ( $n=49$ ) and after 2 years in 40% ( $n=52$ ). This shows that a significant proportion of patients achieve good recovery results within two years after injury.

Conclusions. Thus, favorable outcomes were obtained in a large number of patients with various types of intracranial hematomas of traumatic origin. According to our observations, after 2 years of follow-up study, good recovery reached 40% of a favorable outcome.

## **CATECHOLAMINES AND PLASMA PROTEIN CORRELATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ELEVATED ST SEGMENTS**

**Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D.,  
Shakirova G.K.**

**Hospital therapy and Endocrinology Department  
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Metabolic syndrome is a complex of pathogenetically interconnected disorders of tissue sensitivity to insulin (insulin resistance), carbohydrate, lipid, purine metabolism, abdominal obesity and hypertension. MS increases the risk of developing type 2 diabetes mellitus, atherosclerosis, arterial hypertension, and other diseases, the incidence of life-threatening CVD increases 4 times, and in women it occurs 2 times more often. The role of thyroid hormones in the work of the heart and the condition of blood vessels is known, and in recent years the effect of thyroid hormones on the cardiovascular system has been actively studied. The relevance of studying the clinical and pathogenetic features of hypothyroidism is determined due to the possibility of developing a number of negative consequences of this condition, especially cardiovascular ones, the clinical and prognostic significance of which is confirmed by many studies. The problem of the pathogenesis of diagnosis and treatment of

MS is actively discussed. The annual increase in morbidity requires improved approaches to prevention, diagnosis and proper treatment.

The purpose of the study. To assess the incidence of hypothyroidism and MS among women 18-60 living in the Andijan region.

Materials and methods. The study included 155 women aged 18 to 60 years, the average age was  $33.8 \pm 0.67$  years. 4 categories of age groups have been formed. Of these, 66 (42.8%) are under 30 years old, 41 (26.7%) are in the age category from 30 to 40, 29 (18.6%) are from 40 to 50 and 19 (11.9%) are over 50 years old. Excluded from the study: pregnant and lactating women, women with severe somatic diseases, women with neuropsychiatric disorders. All the women examined were diagnosed with hypothyroidism and MS. The function of the thyroid gland was evaluated with the determination of TSH and free thyroxine (T4 sv) in blood serum (studies were performed with kits from the company "Bekhman Coulter" in the radioimmune laboratory of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology) and ultrasound examination of the thyroid gland.

Results and discussion. Overweight was detected in 46 (30%), obesity of the 1st degree (BMI 30- 34.9 kg/m<sup>2</sup>) in 9 (5.5%). Grade 2 obesity (BMI 35-39.9 kg/m<sup>2</sup>) was diagnosed in 3 women. Thyroid pathology was detected in 100 (64.5%) women. In women with thyroid pathology, in the study of TSH (norm 0.17– 4.05 mIU/L), cb T4 (11.5-23 pmol/L), hypothyroidism was detected in 10 (10%), borderline TSH values (4.05-10.0 mIU/L) in 14 (13%), TSH over 10 mIU/L in 3 (3%). subclinical hypothyroidism (SG) (TSH>2.5 mIU/L and cb T4 within normal limits) was found in 18 (18%) women. In young women ( $23.0 \pm 0.40$  years old) SG was found in 9%. With increasing age, the incidence of hypothyroidism, MS increases reaching 19% in the age group of 50 years and older. Compared with the control group, women with hypertension and hypothyroidism had statistically higher levels of OHS and TG, a higher IA coefficient, HDL-C levels were lower than normal than in the group without thyroid pathology, LDL-C with hypertension tended to increase.

Conclusions. Thyroid pathology among women living in the Andijan region is 64.5%, of the diagnosed thyroid pathology, hypothyroidism was diagnosed in 10% and hypertension was established in 18% of cases. An increase in TSH levels in the blood of women is associated with older age, increased BMI, hypertension, and the presence of disorders of carbohydrate and lipid metabolism reaching 19% In women with hypertension, the average levels of OHC, TG, and IA are significantly higher, and HDL is significantly lower than in women without thyroid dysfunction.

## **MODERN METHODS OF TREATING POSTOPERATIVE WOUNDS IN DIABETIC PATIENTS AFTER EXTRACTION**

**Kholmatova G.A., Bekasheva G.M., Soliyev M.B.**  
**Head of the Department of Endocrinology and Hospital Therapy**  
**Andijan State Medical Institute**

Introduction. Diabetes is a common metabolic disorder characterised by an inability to regulate blood glucose due to insulin deficiency or resistance. Type 1 diabetes or insulin dependent diabetes is characterised by deficient insulin production whereas type II or non-insulin dependent diabetes results from relative insulin deficiency and tissue insulin resistance. Traditionally in dentistry, diabetics are considered to have increased healing problems related to dental extractions, periodontal surgery and wearing ill-fitting dentures. They are also considered more likely to have infections. Although this may be so for poorly

controlled Type 1 diabetics, there is only unreliable support for this view for Type 2 diabetics on oral hypoglycemics.

**Purpose and objectives.** The purpose of this study is to determine the differences in delayed healing after tooth extraction in insulin-dependent diabetics compared to patients without diabetes.

*Oral manifestations in diabetic patients*

Several soft tissue abnormalities have been reported to be associated with diabetes mellitus in the oral cavity. These complications include periodontal diseases (periodontitis and gingivitis); salivary dysfunction leading to a reduction in salivary flow and changes in saliva composition, and taste dysfunction. Oral fungal and bacterial infections have also been reported in patients with diabetes. There are also reports of oral mucosa lesions in the form of stomatitis, geographic tongue, benign migratory glossitis, fissured tongue, traumatic ulcer, lichen planus, lichenoid reaction and angular cheilitis. In addition, delayed mucosal wound healing, mucosal neuro-sensory disorders, dental carries and tooth loss has been reported in patients with diabetes. The prevalence and the chance of developing oral mucosal lesions were found to be higher in patients with diabetes compared to healthy controls.

**Materials and methods.** The aim of this study is to evaluate clinical healing after dental extraction and the occurrence of surgical complications in patients with type 1 and 2 diabetes and compare with non-diabetic patients. According to the literature, the dental alveolus is filled with blood clot and fibrin at 3 days after dental extraction; on postoperative day 7, the alveolus is filled with granulation tissue; on postoperative day 21, wound epithelialization is complete; and on postoperative day 60, alveolar bone formation can be observed on a dental radiographic image. Delayed wound healing was defined as a delay in any of the aforementioned events. [9] 30 patients had been observed after taking into account of the diabetic ranges and been called for review on day 3,7,21 of their post extraction.

**Results.** 30 diabetic patients had been recalled and their complications had been taken into account. On day 3 after extraction, many patients had complaints of burning sensation in the area of the extracted tooth. A few patients has also felt pain and swelling on the area of the tooth extracted. On day 7 of extraction, many patients had complaints of bony flakes. Patients had also reported with allergic reaction towards antibiotics dosage. On day 21 after extraction, patients had complaint of dry socket.

**Discussion.** Patient with blood sugar level ranging from 170 mgdl to 220 mgdl have major complications of pain and swelling around the extracted tooth area. These patients are considered to be at the mild level of hypoglycaemia and hyperglycaemia. The major complication evaluated in patients with their post prandial blood sugar level around 220 to 250 mgdl have burning sensation in the surrounding alveolus and the respective arch. Such complication postpones the wound healing in diabetic patients. This condition also involves a concurrent methodology for isolating the adverse reaction of antibiotics that complexes the burning susceptibility.

**Conclusions.** The traditional view that diabetics have increased delayed healing is not truly supported. Diabetics on oral hypoglycaemics should be treated the same as non-diabetic patients for extractions. These observations suggest that in uncontrolled, insulin-dependent diabetes; the formation of the collagenous framework in the tooth extraction socket is inhibited, resulting in delayed healing and increased alveolar destruction. Patients should be advised to have proper diet and make sure to have a controlled level of glucose and prevent oral complications.

## NEW GROUP MECHANISM OF DRUG REDUCTION ACTION BLOOD SUGAR LEVELS

**Kholmatova G.A., Bektasheva G.M., Soliyev M.B**  
**Head of the Department of Endocrinology and Hospital Therapy**  
**Andijan State Medical Institute**

Diabetes mellitus 2 Type is a chronic progressive disease with complex pathogenesis. R.De in addition to factors such as insulin resistance and dysfunction of insulin secretion by cells  $\beta$ , the "death octet" that causes chronic hyperglycemia in Type 2 of diabetes mellitus in Franzo concept is made up of: a cell dysfunction, disorders of incretin secretion, neurotransmitter dysfunction, while increasing glucose reabsorption through the kidneys. In recent years, there have been principled changes in the role of the kidneys in clinical diabetology. Initially, the kidneys were considered a target azo in diabetes mellitus, but now in the violation of glucose homeostasis, Mukhim is recognized as a pathogenetic stage. This leads to the introduction of hypoglycemic drugs in a new group that affect the reabsorption of glucose from the kidneys into practice.

The role of the kidneys in the management of glucose homeostasis. The role of the kidneys in carbohydrate metabolism is related to the reabsorption of glucose in these preparations. In the norm for 1 day, 180 grams of glucose are absorbed into the blood through the kidneys. The reabsorption of glucose from the renal ducts is carried out through special protein carriers - SGLT (sodium-glucose cotransporters), which carry out active transport of glucose, linked to sodium located inside the cells of the ducts. After that, glucose is transferred from the cell to the intersocial tissue to the concentration gradient through the protein carriers of the GLUT family, which are located in the basolateral membrane. 90% glucose is pushed in the S1 segment of the proximal curved-ugri ducts of the kidney using SGLT2 transporters at low affinity, high hajm. Another 10% of glucose is reabsorbed in the renal distal ducts in the S3 segment via the SGLT1 transporter at high affinity, low hajm. These processes in the proximal and distal ducts provide agglucosuria in healthy humans.

Glyphosines are preparations that lower blood sugar levels in fresh rice. A new approach in the treatment of Type 2 diabetes mellitus SGLT2 is based on pharmacological thinning of transporters, which in turn reduces the renal yield to glucose and causes drug-induced glucosuria. Preparations in the new group that lower blood sugar levels with just such an action mechanism – glyphozins or inhibitors of sodium-glucose cotransporters of Type 2 (NGLT-2) - include. The predecessor of the preparations included in the glyphosine group was florizine, which opened in 1835, when xam SGLT2 nondestructive inhibitors of xam SGLT1 were prescribed. The use of fluorisine in diabetic rats has led to glucosuria and normalization of glycemia. But despite the presence of a blood sugar lowering effect, due to its low bioavailability, non-selective exposure to SGLT2/SGLT1, side effects in the gastrointestinal system, this did not allow the use of this drug in clinical practice. But glyphosine unums that are part of S-glycosides have undergone clinical trials and are approved for use in the treatment of diabetes 2 types of patients.

Mechanism of action. Glyphosins inhibit SGLT2, block the reabsorption of sodium and glucose in the proximal tubules of the kidneys, reduce glucosuria and thereby reduce

blood glucose levels. Side effects of drugs of this group are caused by increased glucosuria and pronounced osmotic diuresis. During the day, 60-90 grams of glucose are excreted in the urine, which leads to an energy deficit of 300 kcal. The results of clinical trials have shown that the daily dose is 375 ml (about 1.5 times more than the daily dose). Tachycardia leads to a decrease in glucose levels in urine by 60-80 grams per day, which is associated with a mutation of the SGLT2 gene, which leads to a decrease in this indicator by 100 grams / day.

Clinical characteristics. In the same year he was appointed ambassador to Constantinople. Unlike other hypoglycemic drugs, pharyngitis does not significantly affect insulin production. This cholinolytic effect may be associated with beta cell dysfunction and insulin resistance to insulin, as well as with a long half-life, the development of hypoglycemia, impaired renal function, weight loss and increased blood pressure (KB). Kuibyshev. Glyphosins can interact with hypoglycemic drugs and insulin (the combination with GPP- 1 receptor agonists has not been well studied). NGL-2 glucose reuptake inhibitors inhibit glucose reuptake, which leads to its decompensation. Glyphosins do not act on patients whose life expectancy ( $\geq 10$  or  $> 10$  years) does not exceed 10 years, which makes them the most effective drugs of this group.

In monotherapy with glyphosin and other hypoglycemic drugs, combined cholinolytic therapy, including the simultaneous use of three-component therapy with glyphosin and insulin, has clinical manifestations.

The secretion of insulin and glucagon improves the activity of NGLT-2 beta-adrenoceptor inhibitors (as a result of suppression of glucose toxicity) and increases muscle sensitivity to insulin, while the secretion of glycosides and glucagon is endogenous, the blood glucose level is above average. The expression of SGLT2 in Huawei has been announced. When taking glucagon with an increased content of glycosides, it is possible to increase the level of glucose in the blood, hypoglycemia may develop, blood glucose levels may increase. Hypoglycemia does not significantly affect insulin secretion by NGLT-2 inhibitors, therefore hypoglycemia when taking these drugs in combination with placebo is characterized by severe hypoglycemia. However, due to the fact that these drugs enhance the binding of sulfonylureas and insulin preparations, the dosage of these drugs may be reduced.

Non-glycemic effects. The potential of glycosides is not limited only to the elimination of glucose in homeostasis. Glucose excretion into the stomach and acute diuresis lead to a number of side effects, including a decrease in blood glucose, a decrease in blood cholesterol, a decrease in albuminuria, a decrease in uric acid, and a decrease in muscle mass. increases insulin sensitivity.

Synthesis of glyphosins. An increase in the level of glucose in the urine in urogenital infections leads to a decrease in the level of pathogenic microflora in the urine, which leads to the development of genital infections and a decrease in the content of glyphosin (3-5%) in the urine. In most cases, a sexually transmitted infection proceeds as standard.

Conclusion. Glyphosins are preparations in the blood sugar-lowering new group, the action of which consists in reducing glucose reabsorption in the kidneys, in a non-insulin-dependent state. Glyphosins can be used with all guruhal peroral hypoglycemic drugs and insulin. Preparations in this group are characterized by a low risk of hypoglycemia and a decrease in body weight. The most common side effects are increased risk of genital infection and urinary

tract infection in fewer cases. The drug for which the first study on the safety of the heart to the vascular system was carried out from this group was empaglifosin (EMPA-REG outlook), a decrease in the risk of cardiovascular disease was observed from drugs in this group.

## **RESULTS OF THE USE OF RADIATION DIAGNOSTICS IN EARLY POSTOPERATIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION**

**Khoshimov D.E., Tulyaganov D.B., Pulatov D.T.**  
**Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent**

The topicality of the research. Postoperative small bowel obstruction (PSBO) – is one of the most complex pathological conditions and is a more pressing clinical problem in emergency surgery, requiring quick and correct diagnosis, as well as immediate, rational and effective treatment. The paper presents the results of the use of radiation diagnostics in early PSBO.

The aim of the research. To determine the value of using radiation diagnostics in the early diagnosis of postoperative small bowel obstruction.

Materials and methods. An analysis was carried out of 86 patients admitted to the emergency surgical department of the Republican Research Center of Emergency Medicine with small intestinal obstruction in the early postoperative period from 2016 to 2023. X-ray and ultrasound research methods. A comparative analysis of the use of different contrast agents to assess the state of passage in the gastrointestinal tract was carried out.

Results. The sensitivity of a comprehensive X-ray and ultrasound examination of the abdominal cavity in the early postoperative period was 94.2% (in 81 patients). Of the total number of patients, 8 (9.3%) - within 6-12 hours, 25 (29.1%) - within 12-24 hours, 21 (24.4%) - within 24-48 hours and the remaining 32 (37.2%) showed clinical signs of intestinal obstruction after 48 hours. Of the 86 consecutive patients included in the study, 32 (37.2%) had high small bowel obstruction and 54 (62.8%) had lower small bowel obstruction.

All patients (n=86) underwent ultrasound examination in parallel with X-ray diagnostics. In 75 (87.2%) patients, dilatation of the intestinal loop of 3.0-5.5 cm, absence of intestinal peristalsis (or sluggish) and free inter intestinal fluid in the form of a layer of 2.0-5.0 mm were detected. Identification of signs of complete disruption of passage through the gastrointestinal tract, an increase in clinical, radiological (including the absence of signs of pneumatization of the colon), ultrasound symptoms of PSBO during a contrast study served as an indication for emergency surgical intervention in 23 (26.7%) patients in the early postoperative period. The most common causes of small bowel obstruction (n=23) were early adhesions in the abdominal cavity in 17 cases (74%). Preservation of passage through the gastrointestinal tract, the presence of pneumatization of the colon, positive dynamics of intestinal obstruction during dynamic observation made it possible to avoid repeated emergency surgery in 63 (73.3%) patients with postoperative small intestinal obstruction.

Conclusion. It has been proven, that water-soluble contrast agents (Omnipaque, Ultravist, Hypaque, Urografin) move more quickly through the gastrointestinal tract compared to a liquid suspension of barium sulfate, which determined their preferable use in this group of patients and made it possible to reduce the time required to evaluate the passage to 3-6 hours. The contrast study of the gastrointestinal tract could be interrupted at any stage when indications for emergency surgery appeared. In case of postoperative intestinal paresis, there was a dynamic progression of the contrast agent during the entire observation with its release into the colon 4-6 hours after the start of the study.

The use of the above algorithm, recommended for radiological diagnostics, and the correct selection of contrast agents made it possible to increase the accuracy of diagnosing small intestinal obstruction in the postoperative period to 94.2%.

### **ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH DELAYED HEART RHYTHM AND SYMPTOMS OF BENDOPNE**

**Shakirova G.K., Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D.**

**Hospital therapy and Endocrinology Department  
Andijan State Medical Institute**

To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake. Materials and methods. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

Relevance. Chronic heart failure (CHF) is a major medical and social problem that belongs to the priorities of national health systems in most countries of the world. One of the methods of improving the treatment of patients with CHF has become Heart failure (HF) treatment Programs, the most important part of which is patient education and active outpatient monitoring. The quality of life and prognosis of patients with CHF are the main criteria for the effectiveness of such programs. Currently, there is not enough data confirming the effectiveness of therapeutic training and active outpatient follow-up, with long-term follow-up of patients with CHF.

The purpose of the study. To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake.

Materials and methods of research. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

The results of the study. The time of onset of the bendopnea symptom in patients with CHF decompensation was significantly higher ( $18.9 \pm 8.7$  versus  $26.2 \pm 8.5$  seconds,  $p=0.003$ ). The presence of diseases such as hypertension, COPD, coronary heart disease, atrial fibrillation, cerebrovascular disease did not significantly affect QOL ( $p>0.05$ ), whereas the presence of bronchial asthma or chronic kidney disease significantly reduced the QOL of patients ( $p<0.05$ ).

Conclusion. The presence of a symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved PV.

## ULTRASOUND ASSESSMENT OF DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP (DDH) IN INFANTS BELOW 6 MONTHS: EVALUATING EFFICIENCY

**B.F. Shirov**

**Keywords. Ultrasound, hip joint, DDH, hip dysplasia.**

**Introduction.** Hip dysplasia covers a wide spectrum of developmental abnormalities affecting the hip joint, which can vary in severity. Diagnosis typically relies on clinical signs observed during a physical examination. Newborns with dislocated hips often display instability upon palpation, differences in the lengths of their lower extremities, and asymmetry in thigh skin folds. In older children, gait abnormalities and limited hip abduction may be evident. While the role of ultrasound in diagnosis remains somewhat uncertain, it is primarily used to confirm the presence of DDH dysplasia and assess the effectiveness of treatment. Bracing is considered the most successful treatment option for infants under six months old. Surgical intervention is preferred for cases where conservative treatment fails or for children older than six months. A visual representation in Figure 1 illustrates a healthy hip joint compared to one affected by dysplasia. Alongside physical examination, ultrasound is the preferred imaging method for screening hip dysplasia in infants under six months old.

**Relevance.** Developmental Dysplasia of the Hip (DDH) is a common condition characterized by a range of severity, from mild acetabular underdevelopment to complete joint dislocation. Studies suggest that approximately 75-85% of newborns have normal hips, 13-25% show hip immaturity, and 2-4% present with dysplastic hips. The incidence varies geographically and ethnically, with prevalence ranging from 0.006% in Africans to 7.6% in Native Americans. Dysplasia is more common than complete dislocation, affecting around 10% of patients, or roughly 1 in 1000 individuals.

The aim of this study was to assess the efficacy of ultrasound sonography in diagnosing hip dysplasia in infants under 6 months and to identify associated risk factors. A total of 120 patients aged 0-6 months were examined, alongside a control group of 30 healthy children. Ultrasound scans were performed using a Toshiba XARIO-200 machine with a linear probe frequency of 2-5 MHz, following the Reinhard Graf method to measure alpha and beta angles. Treatment decisions were based on ultrasound findings, allowing for monitoring without radiation exposure.

The study identified three main groups: Group 1 consisted of children with immature hip joints (77.5% of patients), subdivided into subtypes IIa and IIb based on age and angle measurements. Group 2 comprised children with decentered femoral heads (16.67% of patients), classified as Type III subluxation with subtypes A and B. Group 3 included children with complete hip dislocation (5.83% of patients), requiring careful management.

Ultrasound proved effective in detecting hip dysplasia, allowing for non-invasive, rapid diagnosis without radiation exposure. Its advantages include speed, repeatability, and higher efficiency compared to traditional radiography for infants aged 1-6 months. This facilitates early detection and treatment, potentially avoiding surgery.

## EVALUATION OF THE TOLERABILITY AND EFFECTIVENESS OF A NEW FIXED COMBINATION DRUG FOR PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA.

Egamberdieva M.E.

Basic doctoral student, Department of Ophthalmology  
Samarkand State Medical University

Relevance. Intraocular pressure (IOP) is considered the main risk factor for the progression of glaucomatous neuroopticopathy, therefore drug antihypertensive therapy takes a leading place in the treatment of glaucoma. Despite the diversity of pharmacological groups of antihypertensive drugs, the problem of IOP resistance and the search for effective fixed combinations remains. One such combination drug is Glaubrinza.

Purpose: To study the effectiveness and tolerability of the fixed combination ophthalmohypotensive drug Glaubrinza in primary open-angle glaucoma.

Materials and methods. The average age of the patients was  $65.4 \pm 5.7$  years, of which 44 (60%) were women, 36 (45%) were men. All 40 (80 eyes) patients underwent standard ophthalmological examinations according to the protocol of the pharmaceutical committee and the ethical committee of the Republic of Uzbekistan with the patient's consent to participate in the study. IOP was measured with a standard Maklakov tonometer. Daily tonometry was performed according to the method proposed by Astakhov Yu.S. et al. in 2007 in a hospital setting for 3 days. Local and general tolerability of the drug was assessed at the end of 10 days of use using a standard scale.

Research results. The average IOP values with a single instillation decreased significantly. After 30 minutes by 15% of the original, after 2 hours by  $9.8 \pm 0.9$  mm. Hg (35%) and the maximum decrease was observed after 4 hours by  $10.5 \pm 0.60$  mmHg. (37%). 12 hours after instillation, the average IOP values began to increase slightly. The average decrease in IOP from baseline was  $9.1 \pm 0.34$  mmHg. (31%). As a result of regular instillations, after 3 days, IOP values in all patients began to steadily decrease and decreased significantly after 7 days relative to the baseline, averaging  $9.8 \pm 0.8$  mmHg (35%) ( $p < 0.05$ ). By the 10th day of the study, the average IOP stabilized and amounted to  $18.2 \pm 1.16$ , respectively. In both study groups, all patients (100%) experienced a burning sensation of varying degrees when instilling the drug, which disappeared in a short period of time. 3 patients experienced slight hyperemia of the conjunctiva, 2 patients experienced a feeling of slight weakness and drowsiness, and 4 patients had a feeling of dry mouth that disappeared on its own without any intervention. According to the survey, in 94.4% of cases, patients rated the drug tolerability as good.

Conclusions: 1. Glaubrinza is a well-tolerated and easy-to-use drug, which allows us to recommend it for the treatment of patients with POAG and ocular hypertension. 2. It is advisable to prescribe the drug Glaubrinza to quickly reduce IOP in POAG with high IOP and ocular hypertension.

**ASSESSMENT OF THE STATE OF SPECIFICITY OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION**

**Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K., Khamidova M.I.,  
Zhakhbarova H.J.**

**Hospital therapy and Endocrinology Department  
Andijan State Medical Institute**

MS metabolic syndrome is a comorbid disease that includes several pathologies at once: diabetes mellitus, hypertension, obesity, coronary heart disease. The term "syndrome X" was first introduced at the end of the twentieth century by the American scientist Gerald Stephen. The disease most often affects people aged 35 to 65 years, mainly male patients suffer. In women, the risk of developing the syndrome after menopause increases by 5 times. Hypertension often serves as one of the first clinical manifestations of MS. To understand atherosclerosis, hypertension and coronary heart disease, it is necessary to study biogenic amines (adrenaline, norepinephrine, serotonin, etc.) and their precursors, metabolic products and enzymes involved in their metabolism.

Objective: to study the functional activity of the sympathetic-adrenal system and clinical and functional features in menopausal women with metabolic syndrome.

Materials and methods: MS is exposed based on the recommendations of experts of the All-Russian Society of Cardiologists. The stage and degree of AG were determined according to the recommendations of WHO and the International Society for Hypertension (1999) and in accordance with the classification adopted at the meeting of the All-Russian Scientific Society of Cardiology. To quantify the severity of menopausal syndrome, the Kupperman menopausal index, generally accepted in clinical practice, was used (modified by E.V. Uvarova, while the detected neurovegetative manifestations of menopausal syndrome were considered mild at 10-20 points, moderate - 21-30 points, heavy - more than 30 points.

Instrumental examination: General clinical examination was carried out according to generally accepted programs (clinical analysis of blood, urine, ECG, X-ray examination of the chest organs, etc.). Determination of adrenaline (A), norepinephrine (NA), dopamine (DA) and DOPA in daily urine was performed by trioxyindole fluorimetric method modified by E.S. Matlina, Z.M. Kiseleva, I.E. Sofieva. Determination of the content of conjugates of catecholamines (KA) in urine was carried out according to the method described by T.I. Lukicheva, V.V. Menshikov, T.D. Bolshakova.

Results and discussion. The maximum level of total cholesterol, triglycerides, LDL is marked in group III, compared with the control and II groups at  $t > 2$  according to the Student criterion ( $R < 0.05$ ;  $R < 0.01$ ;  $R < 0.001$ ). Compared with the control, the value of total cholesterol in patients with hypertension increased by 42.2%, and in women with MS - by 51.1%. The triglyceride content in group III exceeded the control value by 46.6%, in group II by 20%. The LDL level in group II exceeded the indicator of the control group by 60.7%, the LDL content in group III increased by 85.7% compared to the healthy group. HDL in group II and III was reduced compared to the control. Fluctuations in blood pressure were significantly more common in postmenopausal women, 90.3% of individuals, and with preserved ovarian function only in 15.7% of patients. An increase in blood pressure in menopausal women was accompanied by a symptom complex "hot flashes" 81.2% of cases. Also, in all the observed groups there were patients with type II diabetes mellitus (2.6% women with preserved ovarian function and 20% postmenopausal women), which may indicate the presence of a relationship between carbohydrate and lipid metabolism disorders in menopausal women. The tendency to increase the incidence of type II diabetes in the

postmenopausal period (20% compared to 2.6% in women of the control group,  $p < 0.05$ ) indicates the progression of metabolic disorders with the development of menopause in the observed category of patients. When comparing the first and second groups, the difference in blood glucose levels was 7.1%, and in groups I and III – 47.6%. In the study, we noted a statistically significant increase in the excretion of A and NA in the daily urine of patients with hypertension and MS. Thus, the daily excretion of total A in patients with hypertension with healthy individuals increased by 38.2% ( $P < 0.001$ ), total by 31.8%.

Conclusions: Thus, the results of the conducted studies have shown that in MS, the activation of CAC occurs, expressed by an increase in the content of A and NA in the blood and urinary excretion of KA (A, NA, YES, their precursor DOPA). With the onset of menopause in women with hypertension, there is an increase in the average daily systolic blood pressure, as well as the speed and magnitude of its morning rise, which are more pronounced in the postmenopausal period. A study of patients with metabolic syndrome showed a change in the functional activity of the sympathetic-adrenal system with increased urinary excretion of free and conjugated forms of catecholamines, and therefore early correction is necessary to prevent the development of complications.

## **INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN DIABETES MELLITUS AND VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COVID-19 PATIENTS**

**Yaqubov N.I., Mamasoliyev N.S., Dadamyans. N.G., Tursunov J.X.  
Andijan State Medical Institute**

Purpose of the study. Venous thromboembolic complications remain a critical concern in the management of patients with COVID-19 due to their potential life-threatening consequences. Some studies have suggested that diabetes mellitus could be a contributing factor to the risk of developing venous thromboembolic complications in COVID-19 patients. Diagnosing pulmonary embolism in individuals with COVID-19 can be challenging, especially given the overlapping signs and symptoms with pneumonia. Additionally, abnormal coagulation parameters, particularly elevated D-dimer levels, have been associated with an increased risk of mortality in COVID-19 patients. This study aims to investigate the potential correlation between diabetes mellitus and the incidence of venous thromboembolic complications in COVID-19 patients within an urban hospital setting.

Materials and methods. The study was conducted in two phases, retrospective and prospective, involving a cohort of 300 patients diagnosed with both COVID-19 and diabetes mellitus. Patients were assessed for demographic characteristics, disease severity, treatments received, and outcomes related to venous thromboembolic complications.

Results. Among the patient population, 55% were male and 45% were female. Age distribution was as follows: 10% under 40 years old, 35% between 40 and 60 years old, 45% between 60 and 75 years old, and 10% over 75 years old. Disease severity analysis revealed 38.5% of patients experienced a moderate course of COVID-19, while 61.5% had a severe course. Of the total patients, 22.7% required treatment in the intensive care unit, with a mortality rate of 31.2%.

In the diabetes subgroups, 30% had type 1 diabetes mellitus necessitating insulin therapy in all cases, with 85% requiring adjustments in insulin doses. Type 2 diabetes was present in 70% of patients, with 60.5% receiving oral hypoglycemic drugs, predominantly metformin, and 25% receiving insulin therapy. Furthermore, 27.3% of patients transitioning from oral hypoglycemic drugs to insulin therapy. Notably, 62% of patients had a body mass index exceeding 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Conclusions.** While diabetes mellitus was identified as a risk factor for severe COVID-19 in this study, it was not found to be an independent risk factor for venous thromboembolic complications in COVID-19 patients. However, the presence of obesity in diabetic patients and admission to the intensive care unit were associated with an increased likelihood of developing venous thromboembolic complications. These findings underscore the importance of considering comorbidities and clinical status when managing thromboembolic risks in COVID-19 patients with diabetes mellitus.

## **STROKE AMONG THE YOUNG POPULATION**

**Yarashev A.R., Sultanov S.S.**

**Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medical care,  
Bukhara city, Uzbekistan**

The aim of research. The thesis characterizes strokes in young people and presents features in patients under 45 years of age. Conclusions were drawn based on the analysis of case histories, during which it was found that cryptogenic strokes occur more often. In addition, strokes coincide with the development of coronavirus infection. It is important that the mortality rate for COVID-19 stroke is high. Particular attention is paid to the significant increase in D-dimer during stroke in young patients. To date, the 2019 SARS-CoV-2 coronavirus pandemic has affected more than 112 million people worldwide, with more than 2.5 million deaths. Coronavirus causes thrombosis, vasculitis, autoimmune disorders, cytokine storm, hypercoagulation, which leads to the development of strokes. Stroke during a pandemic occurs not only in older people ( $71.6 \pm 15.7$  years), who are at risk, but also in young people under the age of 45.

**Research materials and methods.** Research was carried out on the basis for patients with acute stroke in the department of Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medical care. The experiment involved 15 men and 3 women aged from 27 to 45 years.

**Research results:** The following data were obtained during the study. 66.7% of patients have hypertension with chronic heart failure, 22.2% have hypertension without heart failure, and 11.1% do not have hypertension. 44.5% of patients have no other concomitant diseases, 22.2% have hepatitis B, C, 16.7% have diabetes mellitus, anemia, chronic pancreatitis, thrombocytopenia, 11.1% have chronic pyelonephritis, gastritis, 5.5% - epilepsy, coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, leukemia, HIV. 61.1% of patients smoke, 38.9% do not smoke. 72.2% of patients abuse alcohol, the remaining 27.8% prefer to completely abstain from alcohol. 61.1% of patients experience ischemic stroke due to coronavirus infection, 38.9% - hemorrhagic stroke. 5.5% of patients have multifocal changes, 94.5% have no multifocal changes. 16.7% of patients have a recurrent stroke, while 83.3% have a first stroke. In 72.3% of patients, the stroke developed 7-10 days after the onset of pneumonia, in 16.7%, the stroke began at the same time as coronavirus infection, in 5.5% - 20 days after the onset of pneumonia, in the remaining 5.5% - a month from the onset of pneumonia. 77.8% of young patients had a moderate course of pneumonia, 16.7% had a mild course, and 5.5% had a severe course. Movement disorders such as hemiparesis were observed in 61.1% of patients, tetraparesis - 16.7%, pyramidal insufficiency - 11.1%. There were no movement disorders in 11.1% of patients. Speech disorders such as aphasia, dysphasia, and dysarthria were present in 55.5% of patients. 44.5% had no speech disorders. On echocardiography, the presence of aortic atherosclerosis is observed in 66.7%. 33.3% do not have aortic atherosclerosis. According to ultrasound data of the brachiocephalic vessels,

atherosclerosis without stenosis is present in 50% of patients, atherosclerosis with stenosis in 27.8%, thrombosis in 22.2%. Lung damage according to CT data of less than 25% was registered in 66.7% of patients, damage from 25% to 50% - in 33.3% of patients. In 55.5% of patients, an increase in D-dimer is observed, in 44.5% - D-dimer has normal values. In 94.5% of patients, an increase in CRP was registered, in 5.5% - CRP had normal values. Leukocytosis is observed in 55.5% of patients. In 44.5% of patients, leukocytes were within normal limits. Lymphopenia was registered in 72.2% of patients. In 16.7% of patients, lymphocytes were within normal limits, in 11.1% there was an increase in lymphocytes in the blood. 72.3% of patients were discharged after COVID-19 stroke, 27.7% of patients died.

Stroke due to COVID-19 pneumonia occurs more often in men. Ischemic stroke is more common, but the number of hemorrhagic strokes is much higher than in the general population. Moreover, more than half of the patients have strokes of cryptogenic origin. Stroke develops 7-10 days after the onset of respiratory symptoms in young people. Bad habits increase the risk of stroke in young people. A predisposing factor is the presence of aortic atherosclerosis. Patients with COVID-19 stroke had more cardiovascular diseases, in particular a high risk in hypertension with CHF.

Young patients with Covid are more likely to experience moderate pneumonia. In 66.7% of patients, signs of aortic atherosclerosis were recorded on echocardiography. 50% of patients have atherosclerosis of the BCA without stenosis. In 66.7% of patients, lung damage was <25%.

55.5% have elevated D-dimer levels, which increases the risk of developing blood clots. 94.5% have elevated CRP, which increases the risk and severity of stroke.

Lymphopenia was observed in 72.2% of patients.

Conclusion. In conclusion, I would like to say that the onset of a stroke generally coincides with the development of a coronavirus infection (7-10 days), which occurs in the form of moderate pneumonia. However, in many patients, pneumonia was not accompanied by pronounced clinical symptoms. Ischemic strokes of cryptogenic origin occur more often. Moreover, large vessels of the brain are affected in 100%. Mainly the middle cerebral artery. More often, strokes in young people occur in the form of hemiparesis, dysphasia, aphasia and dysarthria. Atherosclerosis without stenosis plays an important role in the development of covid-stroke in patients under 45 years of age. Against the background of COVID-19, young patients showed a significantly more significant increase in the level of markers (D-dimer), as well as CRP.

In addition, multifocality with the involvement of several basins in IS and GI in COVID-19 cannot be excluded. Mortality from stroke due to coronavirus infection accounts for a third of young patients (27.7%), which exceeds mortality from stroke without COVID-19 (5-10%).

MUNDARIJA

<b>FARG'ONA VILOYATIDA TURLI YOD TANQISLIGI KASALLIKLARIGA CHALINGAN BOLALARDA QALQONSIMON BEZNING FUNKTSIONAL VA GORMONAL HOLATINI ANIQLASH</b> <i>Muxammadsodiqov M.M., Abdulazizxojeva R.B., Alimova N.U., Yuldashev O.S., Boboyeva D.Sh</i>	3
<b>QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGANLAR BEMORLARDA REABILITATSIYA O'TKAZISH VA NATIJALAR</b> <i>Saidova Lyubat Boltaevna, Ergasheva Gulshan Toxirovna</i>	4
<b>BOLALARDA O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIADA RUFERONNI SAMARADORLIGI</b> <i>Abdullayev D.B.</i>	5
<b>KORONAVIRUS INFEKTSIYASIDAN KEYIN SON SUYAGI BOSHI ASEPTIC NEKROZI DASTLABKI BOSQICHINING KLINIK VA RENTGENOLOGIK XUSUSIYATLARI</b> <i>Aliaxunova M. Y</i>	7
<b>KOMORBID BEMORLARDA OSTEOARTRITNING KLINIK KECHISHINING XUSUSIYATLARI</b> <i>Aliaxunova M. Y</i>	8
<b>QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA COVID-19 INFEKSIYASIDAN KEYINGI DAVRDA QON TOMIR ASORATLARINI BAHOLASH</b> <i>Aralova M.A., Yuldashev O.S., Boboyeva D.Sh.</i>	9
<b>ZA'FARONNING KIMYOVIY TARKIBI VA UN DAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH</b> <i>Asqarov I.R.I., Ubaydullayev K.T2</i>	10
<b>OROLBO'YI XUDUDI AXOLISIDAGI BUYRAK SARATONI ATROF TO'QIMA SOHALARINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI.</b> <i>Ataxonov M.M.</i>	11
<b>ATOPIK DERMATIT BILAN XASTALANGAN BOLALARDA IMMUN O'ZGARISHLARNI KORREKSIYA QILISHDA YANGI AVLOD IMMUNOMODULYATORLARINI QO'LLASHNING SAMARADORLIGI</b> <i>Ganiyev A.G., Arifxodjaye A.T., Saxibova M.J.</i>	12
<b>COVID-19 KASALLINING JIGARDAGI ASORATLARI</b> <i>Dalimov A.A., Mamasaliev N.S, Mamarasulova D.Z, Kalandarov D.M</i>	14
<b>YUQORI DARAJALI MIYOPIANI KORREKTSIYALASHDA ZAMONAVIY FAKIK KO'Z ICHI LINZALARIDAN FOYDALANISHNING ILK NATIJALARI</b> <i>Zaynutdinov N.N., Yusupov A.F., Karimova M.H.</i>	15
<b>MOXI-XOSSA SANATORIYASIDAGI GIPERTONIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGI</b> <i>Idiyev Muxriddin</i>	16
<b>OROL BO'YI AHOLISIDA SURUNKALI KASALLIKLAR KAMQONLIGI (SKK) BILAN KASALLANGAN KATTA YOSHLI BEMORLARDA LABORATOR KO'RSATKICHLAR VA DAVOLASHNI KORREKSIYA QILISH.</b> <i>Ishchanova N.X.</i>	17
<b>O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KLINIK- PARAMETRLARINI O'RGANISH VA BAHOLASH</b> <i>Kalandarova G.D.</i>	18

<b>NUKUS SHAHRIDA ISTIQOMAT QILUVCHI MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARDA KARIESNING TARQALISH KO'RSATKICHLARINI O'RGANISH</b> <i>Maxsetbaev D.P</i>	20
<b>KORONOVIRUS KARANTINI DAVRIDA SOG'LOM TURMUSH TARZINI KENG TADBIQ ETISH CHORA-TADBIRLARI VA UNGA AMAL QILISH HAQIDA</b> <i>Mallayeva Mavjuda Maxramovna Mallayeva Gulzoda Baxromovna</i>	21
<b>QANDLI DIABET BEMORLARDA DIABETIK RETINOPATIYANI SKRINING TEKSHIRUVI</b> <i>Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O</i>	23
<b>1 – TUR QANDLI DIABET BEMORLARDA ASORATLI KATARAKTANI TARQALISHI</b> <i>Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.</i>	24
<b>TIBBIY MA'LUMOTLARNI QAYTA ISHLASHNING TASHKILY-NAZARIY ASOSLARI</b> <i>Mamatov Maxtuquli Jumanazarovich</i>	25
<b>OIV – INFITSIRLARGANLARDA TEKSHIRUV USULLARINING SAMARADORLIGI</b> <i>Mamatxujaev Azamat Saidakbarovich</i>	27
<b>BUYRAKLAR DISFUNKSIYASI BILAN KASALLANGAN SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA HAYOT SIFATI KO'RSATKICHLARINI BAHOLASH</b> <i>Masharipova D.R., Tagayeva D.R., Ibabekova Sh.R., Dusanova N.M., Utemuratov B.B., Mirzayev R.X., Xusanov R.A</i>	28
<b>KO'KRAK BEZI SARATONIDA LIPID PROFILI KO'RSATKICHLARINING O'ZGARISHLARINING TANA VAZNI INDEKSIGA BOG'LIQLIGI</b> <i>M.A. Mirzayeva, B.U.Iriskulov.</i>	29
<b>KATARAKTA BILAN BIRLAMCHI GLAUKOMADA TO'R PARDANING GANGLION HUYAYRALARI KOMPLEKSINING OPTIK KOGERENT TOMOGRAFIYASI</b> <i>Nabiyev A.M., <sup>2</sup>Zohidov O.U.</i>	30
<b>BOSH MIYANING O'TKIR SEREBROVASKULYAR KASALLIKLARIDA NEYTROFIL-LIMFOTSITLAR NISBATINI BAHOLASHNING AHAMIYATI</b> <i>Narzullayev N.U.1, Eshonov O.Sh.1, Yarashev A.R.2, Shomurodov X.Sh.2</i>	31
<b>GIPERTONIK BO'XRONLARNI EPIDEMIOLOGIK ASOSLARI: ULARNI 90% GA YETIB OLDINI OLISH ISTIQBOLLARI</b> <i>T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov.</i>	32
<b>VODIY AXOLISIDA YUZ BERGAN MIOKARD INFARKTINI XUSUSIYATLARI</b> <i>T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov.</i>	32
<b>MIOKARD INFARKTINI FARG'ONA VODIYSI IQLIMIY SHAROITIDA «EPIDEMIOLOGIK YO'LI»</b> <i>T.S.Nurmatova , N.S Mamasoliev, M.M.Ortikov</i>	33
<b>UZOQ UMR KO'RUVCHILARDA STRESSNING GASTRODUODENAL YARALAR KELIB CHIQISHIGA TA'SIRI</b> <i>Pakirdinov A.S., Madazimov M.M., Mamasoliev N.S., Kalandarov D.M.</i>	33

<b>UZOQ UMR KO'RUVCHILARDA GIPERXOLESTERINEMIYANING GASTRODUODENAL YARALAR KELIB CHIQISHIGA TA'SIRI</b> <i>Pakirdinov A.S., Mamasoliev N.S., Madazimov M.M., Mamasoliev Z.N.</i>	34
<b>QANDLI DIABET 2 TUR BEMORLARIDA MIOKARD INFRAKTIDAN KEYINGI YURAK QON-TOMIR TIZIMI REMODELLASHUVINING KLINIK-PROGNOSTIK ASPEKTLARI</b> <i>Raximov Xikmatullo Xusanboyevich</i>	35
<b>RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY REABILITATSIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI</b> <i>Raximov Xikmatullo Xusanboyevich</i>	38
<b>QANDLI DIABET 2-TUR BILAN KASALLANGANLAR BEMORLARDA REABILITATSIYA O'TKAZISH VA NATIJALAR</b> <i>Saidova Lyubat Boltaevna, Ergasheva Gulshan Toxirovna</i>	40
<b>NOEPIDEMIK BO'LMAGAN KASALLIKLARNI IDENTIFIKATSIYA QILISH UCHUN SKRININGNING AHAMIYATI</b> <i>Sapiohunova X.M.</i>	41
<b>AHOLI ORASIDA YUQUMLI BO'LMAGAN KASALLIKLARNI OLDINI OLIHDA O'ZBEKISTON RESPUBLIKASINING "AHOLINING SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIK OSOYISHTALIGI TO'G'RISIDAGI" QONUNING TARG'IB QILISH HAQIDAGI AYRIM FIKR-MULOHAZALAR.</b> <i>Sapioxunova Hilola Mo'minovna Naimova Zaynab Sattarovna</i>	43
<b>BILIAR PANKREATITNI GERONT AHOLIDA MEXNAT FAOLIYATIGA BOG'LIQ XUSUSIYATLARI</b> <i>Suyunov D.M., Madazimov M.M., Mamasoliev N.S., Kalandarov D.M.</i>	45
<b>BILIAR PANKREATITNI GERONT POPULYASIYADA OVQATLANISH TARTIBIGA BOG'LIQLIGI</b> <i>Suyunov D.M., Mamasoliev N.S., Madazimov M.M., Mamasoliev Z.N.</i>	45
<b>BUYRAK DISFUNKSIYASI DARAJASIGA KO'RA SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BOR BO'LGAN BEMORLARDA BUYRAKLARNING QON AYLANISH KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATLARI</b> <i>Tagayeva D.R., Masharipova D.R., Zakirova G.A., Ibabekova Sh.R., Sadiyeva Z.A.</i>	46
<b>BOLALARDA RIGID YASSI OYOQLIKNI JARROHLIK DAVOLASHNING OPTIMAL USULLARINI ANIQLASH.</b> <i>Umarov X.I. Xodjanov I.Yu</i>	47
<b>BOLALARDA BRONXIAL ASTMADA RESPERATOR MIKROBITANI KASALLIK KECHISHIDA AXAMIYATI</b> <i>Urumboeva Z.O., Karimova N.I., Sarimsagova M.I.</i>	48
<b>COVID-19 KASALLIGIDA O'PKA FIBROZINING KECHISHI</b> <i>Usmonov B.U., Mamasaliev N.S, Dalimova M.M, Dalimov A.A.</i>	49
<b>OQ ZOTSIZ KALAMUSHLARDA PROSTATA BEZI RIVOJLANISHINING ANATOMIK VA MORFOLOGIK PARAMETRLARINI O'PKA FIBROZI BO'LGANDA O'RGANISH</b> <i>Fayzullaev K.N.1, Kenjaev L.R. 1, TeshaeV Sh.J.2</i>	51
<b>ONALARDAGI SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRI</b> <i>Xazratkulova M. I., Ulashov B. M.</i>	52

<b>ISHEMIK INSULT ERTA VA KECHKI TIKLANISH DAVRIDA KOGNITIV O'ZGARISHLAR XUSUSIYATI VA ULARNI DAVOLASH CHORA TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH</b> <i>M.F Xayriyeva., B.P.Jo'rayev</i>	54
<b>REVMATOID ARTRITDA TIZZA BO'G'IMINI ENDOPROTEZLASH</b> <i>Xo'janazarov I.E, Anorboyev M.X.</i>	54
<b>YURAKDA UCHRAYDIGAN TUG'MA NUQSONLAR</b> <i>I.I.Xomidov, S.X.Maxammatova</i>	56
<b>O'SMA KASALLIKLARI PROFILAKTIKASIDA O'RIK MAG'ZINING AHAMIYATI</b> <i>I.I.Xomidov, S.X.Maxammatova, I.R.Asqarov</i>	58
<b>GEMORRAGIK INSULT BILAN KASALLANGAN YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI KOMPLEKS INTENSIV DAVOLASHNING XUSUSIYATLARI</b> <i>Shomurodov A.Y., Muxitdinova X.N., Sobirov D.S., Vasilchenko V.Z.</i>	59
<b>FUNKSIONAL DISPEPSIYALARNI PROTON NASOS INGIBITORLARI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH</b> <i>Eraliyev I.I. Saliev D.Q</i>	60
<b>ANOREKTAL NUQSONI BOR BOLALARDA ICHAK STOMALARINI SHAKLLANTIRISH USULLARI</b> <i>Yuldashev M.A.</i>	61
<b>GINEKOLOGIK PATOLOGIYA FONIDA KECHUVCHI SUT BEZI SARATONI OLDI VA SARATON KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASH</b> <i>Urmanbayeva D.A., Nazarova N.M., Mahmudjonova S.Sh., Rasulova D.K</i>	62
<b>BOLALARDA BRONXIAL ASTMADA RESPERATOR MIKROBITANI KASALLIK KECHISHIDA AHAMIYATI</b> <i>Urumboyeva Z.O., Karimova N.I., Sarimsaqova M.I</i>	63
<b>COVID-19 KASALLIGIDA O'PKA FIBROZINING KECHISHI</b> <i>Usmonov B.U., Mamasaliyev N.S, Dalimova M.M, Dalimov A.A.</i>	64
<b>OQ ZOTSIZ KALAMUSHLARDA PROSTATA BEZI RIVOJLANISHINING ANATOMIK VA MORFOLOGIK PARAMETRLARINI O'PKA FIBROZI BO'LGANDA O'RGANISH</b> <i>Fayzullayev K.N., Kenjayev L.R., Teshayev Sh.J.</i>	65
<b>ONALARDAGI SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRI</b> <i>Xazratkulova M. I., Ulashov B. M</i>	67
<b>ISHEMIK INSULT ERTA VA KECHKI TIKLANISH DAVRIDA KOGNITIV O'ZGARISHLAR XUSUSIYATI VA ULARNI DAVOLASH CHORA TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH</b> <i>M.F Xayriyeva., B.P.Jo'rayev</i>	68
<b>TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASI VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARI</b> <i>Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Urmanbaeva D.A., Isomitdinov Sh.</i>	69
<b>YARA KASALLIGIDA PATOMORFOLOGIK BUZILISHLAR KORREKSIYASI</b> <i>Allaberganov M.Y.</i>	70
<b>БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА ХАСТАЛИГИ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ</b> <i>Абдувалиева Ч.М.Халилов Ш.К.,Кадиров К.З.,Исроилов Ш.Ш</i>	71

МАММОСКРИНИНГ ТЕКШИРУВИГА ЖАЛБ ҚИЛИНГАН АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ <i>Абдувахобов А.А., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К., Махмуджонова С.Ш.</i>	73
КЎЗ ҚОН ТОМИР МЕМБРАНАСИНINГ ПИГМЕНТЛИ МЕЛАНОМАСИНИ КОМБИНАЦИЯЛАНГАН ЛАЗЕР БИЛАН ДАВОЛАШ (577-810 НМ) <i>Абдурахманова Д.А., Маширабова З.М.</i>	74
КИМЁВИЙ ВОСИТАЛАР ВА АЛКОГОЛ ИСТЕЪМОЛИНИНГ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА АНИҚЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландарова Г.К.</i>	75
ҚИШЛОҚ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГИПОДИНАМИЯНИНГ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА ТАВСИФИ <i>Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Каландарова Г.К.</i>	75
ИККИНЧИ ТУРДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ХАСТАЛИГИДА ОШҚОЗОН ИЧАК ФУНКЦИОНАЛ ДИСПЕПСИЯСИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ <i>Абдусаттаров А.А., Мамасолиев Н.С., Жураева М.А., Турсунов Х.Х.</i>	76
ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ <i>Ажимамаатов Халилулла</i>	77
АНДИЖОН ОЛИМПИА ЗАҲИРАЛАРИ КОЛЛЕЖИДА СПОРТ БИЛАН ШУҒУЛЛАНАЁТГАН ЎСМИР ҚИЗЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ <i>Акбарова Г.Х.</i>	78
МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ ПОЛИКИСТОЗ ТУХУМДОНЛАР СИНДРОМИ БОР БЕМОРЛАРДА ГОРМОНАЛ ВА ЛИПИД КЎРСАТКИЧЛАР <i>Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева</i>	79
ТОВОН СУЯГИ СИНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ УЗОҚ НАТИЖЛАРИ <i>Аширов М.У., Уринбаев П</i>	80
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ. <i>Д.Т. Гиясов, А.С. Исомиддинов, Г.Н. Ибрагимова</i>	82
БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИНИ ТУМАН ШАРОИТИДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ <i>Дурсунов А.М., Мавлонов О.М.</i>	83
ҲАРБИЙЛАРДА ЎПКА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ <i>Жакбарова М.А., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Ашуралиева М.А</i>	84
БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШ <i>Закирова Г.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</i>	86
БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК АРТЕРИЯЛАРИ ДОПЛЕРОГРАФИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ <i>Закирова Г.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</i>	87

<b>ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚИЗИЛҰНГАЧ САРАТОНИНИНГ БОСҚИЧГА КЎРА АНИҚЛАНИШ ВА ЎЛИМ СТАТИСТИКАСИ.</b> <i>Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Каландаров М</i>	88
<b>ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚИЗИЛҰНГАЧ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ</b> <i>Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Усмонов Б.У</i>	89
<b>ҚИЗИЛҰНГАЧ САРАТОНИДА ХАФВ ОМИЛИ БЎЛГАН БАРРЕТ ҚИЗИЛҰНГАЧНИНГ СТАТИСТИК ВА ЭНДОСКОПИК МОНИТОРИНГИ</b> <i>Зулунов А.Т., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамарасулова Д.З.</i>	90
<b>ЎЗБЕКИСТОНДА ЭЛЕКТРОН СИГАРЕТАЛАР ВА ТАМАКИНИНГ ҚИЗДИРИШ ТИЗИМЛАРИНИ ЧЕКИШНИ ҚИСҚАРТИРИШДА САМАРАЛИ ЁНДАШУВ</b> <i>Иноятлов А.Ш., Шукуров Ш.У., Валиева М.Х., Маманазарова Ф.Х., Юлдашев</i>	91
<b>БОЛАЛАР ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИЧАКЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ВАҚТНИНГ АҲАМИЯТИ</b> <i>Исаков Нуриддин Зухриддинович</i>	93
<b>ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИДА БИОФИЗИКА ФАНИНИ ЎҚИТИШ МЕТОДИКАСИ</b> <i>Исманова Арофат Абдулхамидовна</i>	94
<b>ҲАРБИЙЛАРДА СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ</b> <i>Косимов С.С., Мамасолиев Н.С., Жакбарова М.А., Жўраева М.А</i>	96
<b>ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ЎПКА СИЛИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ</b> <i>Кучкорова М.Ф., Мамасолиев Н.С., Розиков М.М., Мамасолиев З.Н.</i>	97
<b>ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ОРАСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ ҚЎШИЛИБ КЕЛИШИДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</b> <i>Кучкорова М.Ф., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Розиков М.М</i>	98
<b>АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ТУРЛИ АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА КУЧАЙТИРИШ ЖИҲАТЛАРИ</b> <i>Қаландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Нишоновна Н.А., Усмонов Б.У</i>	99
<b>ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА НЕФРОЛИТИАЗ КЛИНИК КЕЧИШ ЖИҲАТЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ</b> <i>Қурбонова Р.Р., Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А.</i>	100
<b>УМУРТҚА ПОҒОНА БЕЛ СОҲАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР</b> <i>Мамажанов Б.С., Худайбердиев Қ.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М.</i>	100
<b>ГЕРОНТОЛОГИЯДА ГИПЕРТЕНЗИВ КРИЗЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ</b> <i>Мамажонов Б.С. Пулатов Ф.М. Махмудов Н.И.</i>	101
<b>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ СПОНДИЛЁЗ КАСАЛЛИГИДА ДИСК ҚИСМЛАРИНИНГ ДИНАМИКАДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ</b> <i>Мамажанов Б.С., Худайбердиев Қ.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М</i>	102

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЭНГ ЯҚИН ДАВРДАГИ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ <i>У. Ш. Мамажонов</i>	103
ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОНИНИНГ ҲУДУДЛАРАРО ВА ЖИНСЛАРАРО ТАРҚАЛИШИ. <i>Мамарасулова Д.З., Мамасолиев Н.С., Зулунов А.Т., Каландаров Д.М.</i>	105
АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА АНТИГЛАУКОМАТОЗЛИ ФАОЛИЯТНИ КУЧАЙТИРИШНИНГ СКРИНИНГЛИ АСОСЛАРИ ВА ЙЎНАЛИШЛАРИ <i>Мамасолиев З.Н., Рустамжонов А.Б., Ахмедов Н.Н., Мамасолиев Н.С.</i>	106
ТУРЛИ ЁШДАГИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ <i>Мамасолиев З.Н., Рустамжонов А.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М</i>	106
ИЗОЛИРЛАНГАН СИСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ <i>Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Курбонова Р.Р.</i>	107
ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРИ <i>Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Каландаров Д.М</i>	108
ЎТКИР ЁРҒОҚ СИНДРОМИДА УЛЬТРАТОРВУШ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ ВА АФЗАЛЛИКЛАРИ <i>Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К., Юлчиев К.С.</i>	109
ГЛАУКОМА ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА ЙЎНАЛИШЛАРИ <i>Назаров Б.М., Қахарова Д.М.</i>	129
ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГЛАУКОМАНИНГ ҚУЁШ ЁҒДУСИ ЎЗГАРИШЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ. <i>Назаров Б.М., Қахарова Д.М.</i>	130
СОН СУЯК БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИ ПАТОГЕНЕТИК АНГИОГЕН ОМИЛИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ. <i>Назаров И.Р.1, Маҳкамов Н.Ж.2</i>	130
ФЕРМЕРЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ПОПУЛЯЦИЯДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ КОМОРБИДЛИК ТАРҚАЛИШИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ЖИҲАТЛАРИ <i>Нишонова Н.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Қаландаров Д.М.</i>	113
КИАРИ АНОМАЛИЯСИ БИЛАН БИРГАЛИКДА УЧРАЙДИГАН СИРИНГОМИЕЛИЯ ҲОЛАТИНИНГ ДИНАМИК ЎЗГАРИШИ <i>Нурматов А.А., Бабаев Ж.И., Исмоилов О.А., Отамирзаев О.О.</i>	115
АХИЛЛ ПАЙИ ЭСКИРГАН ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ 1-БАРМОҚ УЗУН БУКУВЧИ ПАЙИНИ ТРАНСПОЗИЦИЯ УСУЛИ БИЛАН ХИРУРГИК ДАВОЛАШ . <i>Равшанов Ш.Н., Хасанбоев С.Х., Эргашов М.М., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Нематжонов Б.О.</i>	116
ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СУТ БЕЗИ РАКИ ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ. <i>Расулова Д.К., Махмуджоновна С.Ш., Урманбаева Д.А.</i>	117

ЎРТА НЕРВ (N.MEDIANUS)НИНГ ШИКАСТЛАРИДА МАГНИТ - РЕЗОНАНС ТАМОГРАФИЯ ВА УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА ТАШХИСЛАШ ҲАМДА МИКРОЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ <i>Роззоков Д.Т., Югай И.А., Мамадиев У.Б., Холбоев У.Б.,</i>	118
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА ЎПКА СИЛИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ЖОЙЛАШУВИ БЎЙИЧА УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ <i>Розиқов М.М., Мамасолиев Н.С., Кучкорова М.Ф., Усмонов Б.У.</i>	119
АНДИЖОН ШАРОИТИДА ГЛАУКОМА ХУРУЖИНИНГ ХОС ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ <i>Рустамжонов А.Б., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.</i>	119
ОИЛАДА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ КЎНИКМАЛАРИНИ ШАКЛЛАНТИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Саломова Ф.И., Шерқўзиева Г.Ф., Искандаров А.Б., Урманова Л.Д</i>	120
ТИББИЙ БИОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ИНТЕГРАЛ ЎҚИТИШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Т.Сайдуллаев, Н.Курбанова</i>	121
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК – КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ (АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИ МИСОЛИДА) <i>Турсунов Ж.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Қурбонова Р.Р.</i>	122
АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ АНИҚЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Турсунов Ж.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Қурбонова Р.Р.</i>	123
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ ПРЕМОРБИД ФОНИНИНГ ТАВСИФИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ) <i>Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Турсунов Ж.Х., Қурбонова Р.Р</i>	123
БРОНХИАЛ АСТМА ОҒИР ШАКЛИНИ АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИНИНГ ҲУДУДИЙ ЖИҲАТЛАРИ (КЎП ЙИЛЛИК ЭПИДМОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ) <i>Турсунов Х.Х., Холиқова Н.А., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А., Джалилова М.М</i>	124
ТИРСАК БЎҒИМИ ВАЛЬГУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ <i>Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю.,</i>	125
ГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ ТАХМИН ҚИЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ КИЧИК ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚўЛЛАШ ЁРДАМИДА КОМПЛЕКС ТЕКШИРУВ <i>Ҳакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Бозорова Х.Я.</i>	126
ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СИҚИЛГАН ИЧАК ЧУРРАЛАРИДА ИЧАКЛАРНИНГ ҲАЁТЧАНЛИГИНИ БАҲОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ <i>Ҳамдамов О.К., Усмонов К.С., Садиқов Р.А., Мардонов Ж.Н.</i>	127
ЁШЛАРДА НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШНИНГ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ <i>Шамсутдинова М.И., Эшбоев А.Т., Кенжаев С.Р., Искандарова И.Э.</i>	128
ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ОШИРИШ ЙЎЛЛАРИ <i>Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М.,</i>	129

<b>СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ДОБЕЗЕЛАТ КАЛЬЦИЙ ПРЕПАРАТИНИНГ АНТИОКИДАНТ ТИЗИМИГА САМАРАДОРЛИГИ</b> <i>Шукурова Л.Х, Даминова Л.Т</i>	130
<b>БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИ ЭСКИРГАН ЧИҚИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ НАТИЖАЛАРНИ ЯХШИЛАШ.</b> <i>Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю., Шаматов Х.Ш.</i>	132
<b>УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИДА ГЕМОДИНАМИК АҲАМИЯТЛИ СТЕНОЗ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АСИМПТОМ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРА ТАШХИСЛАШ</b> <i>Юлбарисов А.А., Нурматов Д.Х., Носиржонов Б.Т., Мўминов Р.Т.</i>	133
<b>ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗЛАРИНИ АНИҚЛАШДА ЭЛАСТОМЕТРИЯ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ</b> <i>Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Тухтасинов Э.Р.</i>	134
<b>ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БЕМОРЛАРИДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАР КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ</b> <i>Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.,</i>	135
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ</b> <i>Исаков Х.А., Акбаров И.М., Махмудов Н.И., Умаров А.Р.</i>	137
<b>ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ (НА ПРИМЕРЕ МЕД. ЦЕНТРА ОШГУ</b> <i>Айтиева А.К.</i>	138
<b>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ</b> <i>Абдуллаев Р.Б.</i>	139
<b>МЕТОДИКА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b> <i>Аслонов М.Н., Сайфуллаева С.А.</i>	140
<b>ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА</b> <i>Ходжиев М.М.</i>	142
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В МИРЕ</b> <i>Ходжиев М.М.</i>	143
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> <i>Абдуллаев А.Х., Аляви А.Л., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Аширбаев Ш.П.,</i>	147
<b>ПРИМЕНЕНИЕ РУФЕРОНА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ</b> <i>Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д.В.</i>	148
<b>СВОЕВРЕМЕННОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ - ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ</b> <i>Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.,</i>	150
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</b> <i>Абдуллаев С.К.1, Шамсиев Ф.М.2</i>	152

<b>УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ (УПП) НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19</b> <i>Абдумалик Нурзамана</i>	153
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ</b> <i>Д.К.Абдурахманов, М.А. Хакимов, С.К. Алиджанов, Б.Н. Исमतов</i>	155
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ТИПОВ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА</b> <i>Абдурахмонов И.Т., Ганиев А.Г., Абдурахмонов Х.И., Абдурахмонова Г.М</i>	156
<b>НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПВЖ</b> <i>Абдурахмонов И.Т., Ганиев А.Г., Арифходжаев А.Т., Абдурахмонов Х.И</i>	157
<b>К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА</b> <i>Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К.</i>	158
<b>ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ.</b> <i>Абдухафизов У.А., Садиков У.Т.</i>	161
<b>МЕТОДЫ МИНИМАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ВЫЗВАННОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ</b> <i>Абидов У.О., Хайдаров А.А., Хаджаев К.Ш., Болтаев Н.Р., Обидов И.У., Кенжаев Л.Р. Бухарский</i>	162
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА</b> <i>Авезов С.К., Арслонов А.А., Мансуров.А.Б.</i>	163
<b>К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Авезов С.К., Арслонов А.А., Мансуров.А.Б.</i>	164
<b>КОРРЕЛЯЦИЯ ТИПА ПРЕМОРБИДА И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ХАРАКТЕРЕ ДЕБЮТА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ</b> <i>Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С.Исламов., Ш.Х., Мамасолиева Ш.А.</i>	165
<b>СОЧЕТАНИЕ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭКЗОГЕННЫХ В ДЕБЮТЕ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.</b> <i>Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С., Исламов Ш.Х., Мамасолиев З.Н.</i>	166
<b>ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b> <i>М.Л. Аграновский Р.Р. Убайдуллаева</i>	167
<b>ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРОВАННОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</b> <i>Азизов А.М. Асилова С.У.,</i>	169
<b>ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ</b> <i>Азизов Д.Т.</i>	170

<b>ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ</b> <i>Азизов Д.Т., Мирзаев К.К.</i>	171
<b>ВРОЖДЁННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ</b> <i>Акбаров Н.А., Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев МА.</i>	173
<b>ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ</b> <i>Акбарова Р.М.</i>	174
<b>ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УЗБЕКИСТАНЕ</b> <i>А.Р. Алимов, М.А. Хакимов</i>	175
<b>ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА</b> <i>Алимова Г.М., Солиева М.О., Базарова М.У.</i>	176
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ МОСТМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА</b> <i>Алтыбаев У.У., Кадырбеков Р.Т., Султанов А.М</i>	178
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМПИЕЛОНЕФРИТЕ</b> <i>Аляви А.Л., Фазылов А.В.</i>	179
<b>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</b> <i>Аляви А.Л., Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Гиясов С.Х.</i>	180
<b>О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b> <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Курмаева Д.А.</i>	181
<b>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРИТА СУСТАВОВ КИСТЕЙ РУК</b> <i>Аметова Алие Серветовна</i>	182
<b>ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МИКРОКЛИМАТУ И ЭРГНОМИКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b> <i>Арабоев Ш.А., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Х., Салиева М.Р</i>	184
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ</b> <i>Арзибекова У.А., Махмудова Б.Ш., Фарманкулова Ё.Р.</i>	185
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА</b> <i>Асилова С.У., Тахиров Ж. М.</i>	186
<b>ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА</b> <i>Асилова С.У. Назирова М.У.</i>	189
<b>СПОСОБ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОСТНОМ АНКИЛОЗЕ</b> <i>Асилова С.У., Азизов А.М.</i>	190

<b>СВЯЗЬ МЕЖДУ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ</b> <i>Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р</i>	191
<b>АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b> <i>Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р.</i>	192
<b>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ДЕФЕКАЦИИ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ</b> <i>Ахмедиев М.М., Давлетярова У.М., Ахмедиев Т.М., Каландаров В.Г.</i>	193
<b>НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА</b> <i>Ахмедиев М.М., Арзикулов Ж.М., Ахмедиев Т.М., Давлетярова У.М.</i>	195
<b>ШКАЛА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ МИЕЛОДИСПЛАЗИЙ</b> <i>Ахмедиев М.М., Арзикулов Ж.М., Ахмедиев Т.М., Давлетярова У.М.</i>	196
<b>ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФИЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b> <i>Ахмедов С.С., Холиков Н.Х., Эгамбердиев Р.Х., Алтыбаев У.У., Султанов А.М., Кадырбеков Р.Т.</i>	197
<b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУННЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Ачилова Г.Т., Кариев Г.М.</i>	198
<b>АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ</b> <i>Ачилова Г.Т., Кариев Г.М.</i>	200
<b>ПОЛУШАРНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.</b> <i>Аширапов Ж.Р.,</i>	201
<b>ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 НА ТЕЧЕНИЕ В ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ</b> <i>Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.</i>	202
<b>ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 НА ТЕЧЕНИЕ С ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ</b> <i>Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.</i>	203
<b>ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ</b> <i>Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Мамасолиев Н.С., Ашуралиева М.А.</i>	204
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК</b> <i>Ашурова Ноила Шухратовна, Н.И. Ахмеджанова</i>	205
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА</b> <i>Б.С.Мамажанов, К.Т.Худайбердиев, Т.А.Кодиров, Ж.М.Исламов</i>	206
<b>ФИБРОЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ</b> <i>Баймуратова Б.Н., Досыбаева Г.Н., Отумбаева Е.Т.</i>	207
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ</b> <i>Бахронов Ш. Я., Пиров А. Р., Кенжаев Л.Р.</i>	209
<b>ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА</b>	210

<i>Бахронов Ш.Я., Ахтамов А., Кенжаев Л.Р.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИМИИ</b> <i>Бекманова Гульбахар Бегдуллаевна</i>	211
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ</b> <i>Бобоев Ж.И., Хасилбеков Н.Х.</i>	214
<b>НЕКОТОРЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА</b> <i>Бобоев Кодиржон Тухтабаевич, Мусашиайхова Шахноза Мамирбековна, Махсудов Оятилло Мухибиллаевич, Мусашиайхов Умиджон Хусанович.</i>	215
<b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВОГО ЗОБА</b> <i>Бобоева Динора Шокиржоновна</i>	216
<b>ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА ВЫСОКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ</b> <i>Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т.,</i>	217
<b>НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ</b> <i>Бозоров А.С., Махманазаров О.М.</i>	218
<b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ ЖИВОТА</b> <i>Бойназаров М.Э., Саттров А.Х., Нормаматов Б.П., Исломов Н.К.</i>	220
<b>ЕДИНСТВО И ПРОТИВОПОЛОЖНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗАТОРОВ</b> <i>Бурканов Акылбек Эркинович</i>	221
<b>БОЛЬШОЙ И ГИГАНТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ АНЕВРИЗМ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ТИПА ТЕЧЕНИЯ</b> <i>Бурнашев М.И., Рузикулов М.М., Ким А.А.</i>	224
<b>ТЕХНИКА УДАЛЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ КИСТИ</b> <i>Валиев А.С., Топволдиев А.Ж., Махмудов Н.И.</i>	225
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ</b> <i>Э.Ю Валиев., М.Г. Мухамедова., Ж.Ю. Жаббаров., Муминов А.Ш., Орипов А.А.</i>	226
<b>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИЙ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ</b> <i>Э.Ю Валиев., М.Г. Мухамедова., Ж.Ю. Жаббаров., Муминов А.Ш. А.А Орипов</i>	227
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛЫХ И КОМОРБИДНЫХ ФОРМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b> <i>Валиева Н.М., Муминов А.О.</i>	228
<b>ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ОНТОГЕНЕЗ» В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» И «ПЕДИАТРИЯ»</b> <i>Васильева О.В., Машак А.Н., Голубева И.А., Литвинова Т.А., Овсянко Е.В., Аристова Е.С., Решетняк Ю.Г., Шурина Н.А., Мершалова А.А., Воробьева А.Н., Казакова В.В., Елясин П.А.</i>	230

<b>ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОЗАМИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ</b> <i>Гаджимирзаева Р.Г., Иминова Н.К.</i>	231
<b>МУЛЬТИОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</b> <i>К.М. Гаджимурадова, М.Н. Гаджимурадов, М.Г. Магомедов, Г.Д. Мамашев</i>	233
<b>БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ И ЭКОЛОГИЯ РЕГИОНА – ЭКСПЕРИМЕНТ И КЛИНИКА</b> <i>Гаджимурадова М.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г.</i>	234
<b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ</b> <i>Гайбуллаев Шерзод Обид угли</i>	236
<b>ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ</b> <i>Ганиев А. А., Дадабаев О.Т., Хамдамов Б. З., Василевский Э.А.</i>	237
<b>МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ</b> <i>Глуткин А.В.</i>	240
<b>КРИВАЯ ДИССОЦИАЦИЯ ОКСИГЕМОГЛОБИНА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</b> <i>Глуткина Н.В.1, Норик С.Ф.2</i>	241
<b>КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА САРКОИДОЗА БЕКА</b> <i>Глуткина Н.В., Зинчук В.В.</i>	242
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Давронова Ф.Т., Мадумарова З.Ш</i>	244
<b>СПОСОБЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Дадабаев Х.Р., Усманов Б. С, Махмудов Н.И.</i>	245
<b>ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИДА НА МЫШЕЧНУЮ СИСТЕМУ</b> <i>Далимов А.А., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Далимова К.М.</i>	247
<b>ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ COVID-19</b> <i>Далимова М.М., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Каландаров Д.М.</i>	248
<b>СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Дехканов.К.М., Йулдашев Ш.М., Юлдашев.З.Ш.</i>	250
<b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОВАРИОЭКТОМИИ</b> <i>Джолдошева Г.Т., Шатманов С.Т., Расулов Х.А., Саттаров А.Э., Жаныбек кызы К.</i>	252
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (К 55- ЛЕТИЮ ЛИМФОЛОГИИ УЗБЕКИСТАНА)</b> <i>Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э.</i>	254
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ УШИБА ЛЁГКИХ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</b> <i>Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.</i>	255

<b>ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.</b> <i>Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Джумабаев С.Э., Саидходжаева Д.Г.</i>	257
<b>СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА, РОЖДЁННЫЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ</b> <i>Джураев М.Г.</i>	259
<b>ПРОПОФОЛ-КЕТАМИ НОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.</b> <i>Ибрагимов А.А., Мардонов.М.М.</i>	260
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОЗВОНОЧНИКЕ</b> <i>Ибрагимов А.И., Норов А.У., Юлдашев Р.М.</i>	262
<b>СТРУКТУРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН.</b> <i>Иванов Н.В., Медведева Е.В., Юсупова Ш.К.</i>	263
<b>СТРУКТУРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.</b> <i>Иванов Н.В. Медведева Е.В. Хромова Е.А. Юсупова Ш.К. Иорданишвили А.К.</i>	264
<b>ЗАПРОСЫ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА</b> <i>Иванов Н.В., Выходцев С.В., Юсупова Ш.К., Федорова А.И.</i>	265
<b>СТРУКТУРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН.</b> <i>Иванов Н.В., Медведева Е.В., Юсупова Ш.К.</i>	266
<b>ОЦЕНКА СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ БИОКРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ</b> <i>Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.</i>	267
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ</b> <i>Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.</i>	270
<b>ВЛИЯНИЕ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</b> <i>Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.</i>	271
<b>ИЗУЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТОНУСОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</b> <i>Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.</i>	273
<b>ОЦЕНКА СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ БИОКРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ</b> <i>Икрамов Д.А., Икрамов А.Ф., Икрамов О.А.</i>	274
<b>ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦЕНТИЛЬНОЙ ШКАЛЫ.</b> <i>Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Джураева Х.З.</i>	276

<b>ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ КАК ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ</b> <i>Иорданишвили А.К.</i>	278
<b>МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ</b> <i>М.Э. Ирисметов, Р.Р.Кодиров, Р.С.Кадиров</i>	281
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА</b> <i>Ирисметов М.Э., Ортиков О.Р.</i>	282
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА, АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПЛЕЧА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ</b> <i>Ирисметов М.Э., Салиев С.М.</i>	283
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ</b> <i>Б.М. Исаков, А.Б. Мамадалиев, К.Б. Исаков, М.Н.Хакимов</i>	284
<b>ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.</b> <i>Б.М. Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев, К.Б.Исаков.</i>	285
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.</b> <i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.</i>	286
<b>ВТОРИЧНЫЙ СТЕНОЗ НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ</b> <i>Исаков Б.М., Исаков К.Б., Ташланов Ф.Н.</i>	287
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УДАЛЕНИЯ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАМЕ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.</b> <i>Б.М.Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, К.Б.Исаков, А.Б.Мамадалиев, М.Н.Хакимов.</i>	288
<b>КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОСОНОГРАФИЯ В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗА И ОРБИТЫ</b> <i>Исламов З.С. Икрамов А.Ф., Бузруков Б.Б. Умарова Б.</i>	289
<b>РОЛЬ ЭКЗОГЕНИИ В РАЗВИТИИ ДЕБЮТА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.</b> <i>Исламов Ш. Х., Аграновский М. Л., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.</i>	291
<b>СООТНОШЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕБЮТА ПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.</b> <i>Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров М.</i>	292
<b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ</b> <i>Исламов Н.К., Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Норов М.Ч.</i>	293
<b>АНАЛИЗ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РАСТЕНИЙ TUSSILAGO FARFARA</b> <i>Исламова С.Т.</i>	294

<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ И НЕПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b>	295
<i>Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х.</i>	
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b>	296
<i>Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х.</i>	
<b>Н.РУЎЛОРИ АССОЦИАЦИЯЛАШГАН МЕЪДА КАСАЛЛИКЛАРИДА ХОС КЛИНИК КЎРИНИШЛАРНИ ЎРГАНИШ</b>	298
<i>Исмаилова Ж.А., Ермекбаева А.У., Зинатдинова И.К.</i>	
<b>МЕЪДА КАСАЛЛИКЛАРИДА Н. РУЎЛОРИ НИНГ ПАТОГЕН СТАТУСИНИ БЕРУВЧИ ГЕНЛАРИНИ ЎРГАНИШ</b>	299
<i>Исмаилова Ж.А., Ермекбаева А.У., Зинатдинова И.К.</i>	
<b>Н.РУЎЛОРИ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</b>	300
<i>Исмаилова Ж.А., Ермекбаева А.У., Зинатдинова И.К.</i>	
<b>ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИИ.</b>	301
<i>Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б.</i>	
<b>ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕГКИХ ГРУДНЫХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ И УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ГРУДИ .</b>	302
<i>Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б.</i>	
<b>ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ.</b>	303
<i>Исоков Х.А., Махмудов Н.И., Бозоров Ш.Т. Дадажонов Ф.А.</i>	
<b>УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕР ЭКГ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС</b>	304
<i>Исоммддинов А.С., Ибрагимова Г.Н., Гиссов Д.Т., Исокжонов Ш.Ш.</i>	
<b>РИСКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ</b>	305
<i>Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Кожамбердиева Д.А., Мирсалиев М.М.</i>	
<b>МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ В УСЛОВИЯХ АККЛИМАТИЗАЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОШГУ, ПРИЕХАВШИХ ИЗ БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ</b>	306
<i>Исраилова З.А., Нурбек кызы А., Омуралиева Ч.Э., Маманова В.А., сманалиева С.И.</i>	
<b>АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИССЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ</b>	308
<i>Исраилова Зухра Шерзодовна, Пардаева Озода Гайратовна</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С СТРЫМ КОРОНАРНЫМЪ ИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ФЕРГАНЫ</b>	309
<i>Йулдашев Ш.М., О.О. Юлчиев, У.А.Нишионов</i>	

<p><b>СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧМТ</b></p> <p><i>Йулдашев Ш.М., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.</i></p>	310
<p><b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ФВ ЛЖ МЕНЕЕ 45 %</b></p> <p><i>Йулдашев Ш.М., Мамажанов Б.С., Сохибоев И.М.</i></p>	311
<p><b>РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В СТАНДАРТЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.</b></p> <p><i>Йулдашев Ш.М., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.</i></p>	312
<p><b>ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ШОКЕ</b></p> <p><i>Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Аббосхонов Г.Х.</i></p>	312
<p><b>О ПРИНЦИПАХ ФОРМАЛИЗАЦИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.</b></p> <p><i>Ш.М.Йулдашев, М.К.Карабов, Н.И.Махмудов, И.М.Сохибоев</i></p>	314
<p><b>ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С СТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ТАПЕ ГОРОДА ФЕРГАНЫ</b></p> <p><i>Йулдашев Ш.М., О.О. Юлчиев, У.А.Нишионов</i></p>	316
<p><b>О ПРИНЦИПАХ ФОРМАЛИЗАЦИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧА ПРИ КАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.</b></p> <p><i>Ш.М.Йулдашев, М.К.Карабов, Н.И.Махмудов, И.М.Сохибоев</i></p>	317
<p><b>ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН</b></p> <p><i>Камалова Н.И. Аконджанов Н.С., Холдарова З.М.</i></p>	319
<p><b>МЕТОДИКИ И СРЕДСТВА СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕД РАБОТНИКОВ СТАЦИОНАРА ПО АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ.</b></p> <p><i>М.К.Карабаев Н.И. Махмудов Р. А.Алиев, И.М.Сохибов</i></p>	320
<p><b>ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b></p> <p><i>Каримбаев Ш.Т., Анваров Д.М.</i></p>	322
<p><b>ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</b></p> <p><i>Каримбоев Ш. Т. Маллабоев Л.Д. Назаров И.П.</i></p>	323
<p><b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.</b></p> <p><i>Каримбоев Ш.Т., Маллабоев Л.Д., Назаров И.П.</i></p>	324
<p><b>ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</b></p> <p><i>Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А.</i></p>	325
<p><b>КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА</b></p> <p><i>Каримова М.Х., Маматхужаев М.С.</i></p>	326

<b>ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА</b> <i>Каримова М.Х., Маматхужаев М.С.</i>	328
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Каримова Н.И., Мирзаназаров М.М.</i>	330
<b>СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И ИХ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ</b> <i>Каримова Н.И.</i>	331
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Каримова Н.И., Мирзаназаров М.М.</i>	332
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПЭТ/КТ С 11С-МЕТИОНИНОМ И 11С-ХОЛИНОМ ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ</b> <i>Каронова Т.Л., Рыжкова Д.В., Погосян К.А., Яневская Л.Г., Юдина О.В., Цой У.А., Гринева Е.Н.</i>	333
<b>МУЛЬТИМЕТРИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</b> <i>Кахаров З.А., Мадаминова З.Ш., Гофурова Х.З.</i>	335
<b>РАСПОЛОЖЕНИЕ СТВОЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПО ОТНОШЕНИЮ К БЛИЗЛЕЖАЩИМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРАМ</b> <i>Керимзаде Г.Э., Мовсумов Н.Т.</i>	336
<b>ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ И СИНДРОМЕ «СУХОГО РТА»</b> <i>Керимханов К.А., Иорданишвили А.К., Беделов Н.Н.</i>	337
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ</b> <i>Косимов А.А., Ходжанов И.Ю., Югай А.В., Абдусаттаров Х.А.</i>	338
<b>ВЛИЯНИЕ РЕАКЦИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</b> <i>Красненкова М.Б.</i>	340
<b>ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ</b> <i>Куватов З.Х., Кенжаев Л.Р.</i>	341
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ</b> <i>Куватов З.Х.</i>	342
<b>ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТЕ ПРОЖИВАЮЩИХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> <i>Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.</i>	343
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</b> <i>Кузиев Д.В., Ганиев А. Г., Сахибова М.Д., Арифходжаев А.Т.</i>	346

<b>ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ КРИЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ ОПАСНОСТИ И СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ.</b> <i>Кузиева Г.А., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиева Ш.А.</i>	348
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ИЗУЧЕНИЯ ПОПУЛЯЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ КРИЗОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</b> <i>Кузиева Г.А., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Курбонова Р.Р.</i>	349
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</b> <i>К.А.Кулдашев, М.М.Ташланов, О.А.Урунбаев, Ж.Т.Ходжалиев, Я.М.Кулдашева, Г.К.Кулдашева</i>	350
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</b> <i>Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т., Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.</i>	351
<b>КЛИНИКО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА</b> <i>Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т., Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.</i>	351
<b>АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ</b> <i>Курбанов Б.И., Ярашев А.Р.</i>	352
<b>ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ</b> <i>Курбонова Р.Р., Мамасалиев Н.С., Мамарасулова Д.З., Далимов А.А. Далимова К.М</i>	353
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНДУКЦИИ ПРИ МАЛЫХ ОПЕРАЦИЯХ.</b> <i>Кучкорова Ф.А. Сафаров М.М. Каримов А.Р</i>	355
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ</b> <i>Кучкорова Ф.А. Сафаров М.М. Акрамова Н.А.</i>	356
<b>ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРИНОГЕНА И D-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ</b> <i>Куватов Зоҳид Хайитович</i>	357
<b>ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ</b> <i>Леус Л.И.1, Леус П.А.1, Керимханов К.А.2,3, Беделов Н.Н.3, Иорданишвили А.К.2,4</i>	358
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</b> <i>1Мадумарова З.Ш., PhD, 2Ходжибеков М.Х. д.м.н., проф.,</i>	359
<b>ОСТЕОСИНТЕЗ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ФИКСАТОРАМИ С «ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ» У ДЕТЕЙ.</b> <i>Маллабаев Л.Д., Назаров И.П.</i>	360

<b>МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ</b> <i>Маллабоев Л.Д. Журабаев Б.Ж. Назаров И.П</i>	361
<b>КУЛЬТУРА ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА</b> <i>М.Р.Мамаджанова</i>	362
<b>УПРАЖНЕНИЯ КАК ОСНОВНОЕ СРЕДСТВО ОВЛАДЕНИЯ ЯЗЫКОМ</b> <i>М.Р.Мамаджанова</i>	363
<b>СМЕРТНОСТЬ ОТ ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ОРГАНИЗМА В ГОРОДЕ ОШ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ДАННЫМИ ООЦСМЭ за 2010-2019гг.</b> <i>Мамадыев Б, Шатманов С.Т, Мамыров Н.А, Жолдошева Э.К, Истамулов Х.Х</i>	364
<b>ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ</b> <i>Мамажонов Б.С., Вақасов Г.Г., Бекмамбетова В.Я.</i>	365
<b>ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ОСНОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ</b> <i>Мамажонов Б.С., Худайбердиев К.Т., Кодиров Т.А., Исламов Ж.М.</i>	366
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И НОРМОДИПИН ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ</b> <i>Мамажонов Б.С., Вақасов Ф.Ф., Каримов А.А.</i>	367
<b>РАЗРЫВ КОРНЯ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</b> <i>Мамажонов И.Ш., Усманов Ф.М.</i>	368
<b>ПРИЧИНЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА COVID-19</b> <i>Мамарасулова Д.З., Мамасалиев Н.С., Далимов А.А. Далимова К.М</i>	368
<b>АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С., Урманбаева Д.А.</i>	371
<b>ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ТЕРАПИИ ФИЗИЧЕСКОЙ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.</b> <i>Мамасолиева Ш.А., Абдукахорова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б.</i>	371
<b>КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b> <i>Маматхужаев З.С.</i>	372
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b> <i>Маматхужаев З.С.</i>	374
<b>ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОНЪЮНКТИВИТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ</b> <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Алейник В.А.</i>	376
<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БЛЕФАРИТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ</b> <i>Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Алейник В.А.</i>	378
<b>ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА.</b> <i>Маткаримов У.М., Бозоров Ш.Т., Дадажонов Ф.А. Исоков Х.А.</i>	380

<b>НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.</b> <i>Махманазаров О.М., Ураков Ш.Т.</i>	380
<b>ДИНАМИКА ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ Острой Хирургической Патологии</b> <i>Махмудов Н.И., Курааматов Ш.Ю. Туланов Ш.А.</i>	382
<b>СВОЕВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ</b> <i>Махмудова Ш. А.</i>	383
<b>ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ</b> <i>К. Машарипов.</i>	384
<b>ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ.</b> <i>К. Машарипов.</i>	385
<b>ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ</b> <i>Мирзаев Ш.Х., Кахрамонов С.К., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Гаипов З.А, Хусанов Ш.Ш.</i>	387
<b>РОЛЬ ОПРОСНИКА WOMAC ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОАРТРОЗА</b> <i>Мирзаева Дилноза Абдиолимовна</i>	388
<b>ПУТИ МОДЕРНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА СЕЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ</b> <i>Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Халмирзаева С.С., Салиева М.Х.</i>	388
<b>ЗНАЧЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ</b> <i>Мирзаева М.М., Мухторов М., Салиева М.Х., Усманова Г.К.</i>	389
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОЙ МОШОНКИ</b> <i>Мирзакаримов Б.Х., Каримов Д.К., Юлчиев К.С</i>	391
<b>НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</b> <i>Мирзаназаров М.М., Шамсиев Ф.М.</i>	391
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.</b> <i>Мурадов Ш.Ш., Жаббаров Ж.Ю., Ахмедов Ш.Ш.</i>	392
<b>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ</b> <i>Мурадов Ш.Ш., Жаббаров Ж.Ю., Ахмедов Ш.Ш</i>	393
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М.,</i>	394
<b>ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ</b> <i>Муроталиев Ш.К, Усманова Э.М.</i>	395

<b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА</b> <i>Мусаайхова Ш.М., Бобоев К.Т., Мусаайхов Х.Т., Хамидов Д.А.</i>	396
<b>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА</b> <i>Мустафакулов И.Б., Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э., Сатторов А.Х.</i>	397
<b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ</b> <i>Мустафакулов И.Б., Сатторов А.Х., Нормаматов Б.П., Бойназаров М.Э</i>	398
<b>ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА</b> <i>Мухамедова Б.Ф., Абдужабборова Д.Э</i>	399
<b>ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ</b> <i>Мухитдинова Х.Н., Абдусалиева Т. М., Юлдашева С. А., Икромова М.Ф., Хайитов А.А.</i>	400
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b> <i>Мухитдинова Х.Н., Рахимова С.Р. , Шомуродов А.Ш., Сабиров Д.С., Икромова М. Ф.</i>	401
<b>СОСТОЯНИЕ РАДУЖКИ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ</b> <i>Набиев А.М., Зохидов О.У.</i>	403
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ, РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ТРАНЗИТНЫМ РАЗДЕЛЕНИЕМ ЖЕЛУДКА И МИНИ-ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ</b> <i>Назаров И.Р. Муратов А.А. Рустамов А.А.</i>	404
<b>ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ.</b> <i>Н.Н.Назаров., А.Д.Махмудов, А.А.Тургунбоев., И.Х-А.Н.Назирджонов.</i>	405
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ.</b> <i>Н.Н.Назаров, М.М.Мадазимов, А.Л.Махмудов, А.А.Тургунбоев, И.Х-А.Н.Назирджонов</i>	407
<b>УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ</b> <i>Назарова Н. М., Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З.</i>	409
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНО-ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.</b> <i>Напасов Илхомжон Зубайдуллоевич, Хамдамов Бахтиёр Зарифович</i>	410
<b>ГЕНДЕР ФАРҚЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ГЕМОРАГИК ИНСУЛТНИНГ ЎТКИР ДАВРИДА ИММУНИТЕТ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ</b> <i>Нарзуллаев Н.У., Шодмонов Ж.Б.</i>	411

<b>ВОКСЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	412
<i>Николаева А.Э., Поспелова М.Л., Ефимцев А.Ю.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА</b>	413
<i>Ниязова М.Т., Умарова М.Э.</i>	
<b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА</b>	414
<i>Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Умедов Х.А., Бойназаров М.Э</i>	
<b>ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ – КАК ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ</b>	415
<i>Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Бойназаров М.Э., Чориев Ф.Ф.</i>	
<b>ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b>	417
<i>Норов М.Ч., Сатторов А.Х., Нормаматов Б.П., Бойназаров М.Э.</i>	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ</b>	418
<i>Норов М.Ч., Сатторов А.Х., Исломов Н.К., Чориев Ф.Ф.</i>	
<b>РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭВЕНТРАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ</b>	419
<i>Норов М.Ч., Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Чориев Ф.Ф.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ТРОМБОЗЕ ЛЕВОГО ПРАДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ</b>	420
<i>Норова Г.Ш., Шамсиев К.Ю., Хамрашаев Б.Б.</i>	
<b>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА БАЗЕ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ ГОРОДА ОШ</b>	421
<i>Нурбек кызы А., Шатманов С.Т.</i>	
<b>ПРИЧЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	423
<i>Нуритдинова Г.Т., Атаджанова Ш.Х., Джусраева Х.З</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТЯЖЕСТЯМИ TORCH-ИНФЕКЦИИ У ИХ МАТЕРЕЙ.</b>	425
<i>Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Абдукадирова У.А.</i>	
<b>НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ</b>	427
<i>Нуритдинова Г.Т., Атаджанова Ш.Х., Солиева М.О.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛ-АССОЦИИРОВАННЫХ ОСТРЫХ ДЕКОМПЕНСАЦИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ</b>	429
<i>Т.С.Нурматова , М.М.Ортиков. , Б.У.Усмонов .</i>	

<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛ-АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЕ СТАЦИОНАРЫ</b> <i>Т.С.Нурматова , М.М.Ортиков. , Б.У.Усмонов .</i>	430
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ</b> <i>Обидова Г.А.</i>	431
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b> <i>Обидова Г.А., Кадирова М.М</i>	433
<b>БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b> <i>Олимжонов Д. Д.</i>	435
<b>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНОСИТАМИ</b> <i>Омонова Мафтуна Шавкат кизи</i>	436
<b>ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ</b> <i>Орипов Шерали Ходиевич</i>	438
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ</b> <i>Орипов Шерали Ходиевич</i>	440
<b>НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО И ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА</b> <i>О.Р. Ортиков, А.Ш. Муминов, Ж.Ю. Жаббаров</i>	442
<b>ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН</b> <i>Ососков А.В., Исмаилова М.Х., Матюсупов Х.М., Сейтмуратова А.Т</i>	443
<b>ОСОБЕННОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ</b> <i>Палванова Умида Бахрамовна</i>	444
<b>МЕТОД ИЗВЛЕЧЕНИЯ ФЕРРОМАГНИТНЫХ ОСКОЛКОВ ИЗ РАН И ПОЛОСТЕЙ.</b> <i>Патахов Г.М., Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М., Рагимов Г.С., Киблаев И.Г.</i>	446
<b>К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИАНОБАКТЕРИЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА «УТОПЛЕНИЕ»</b> <i>С.Н. Прошина<sup>1</sup>, Е.Х. Баринов<sup>1,2,3</sup></i>	447
<b>ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АТИПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ</b> <i>Рагимов Г.С., Рагимова Р.И., Киблаев И.Г., Мазанова Н.Г.</i>	449
<b>ДИНАМИКА СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ КУРСА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДОРСАЛГИЕЙ.</b> <i>Рамазанов Ш.Ф., Пулатов С.С. Рўзиев Ф. Ф.</i>	451

<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОСРОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ</b> <i>Рахимов Э.М., Зокиров К.С.</i>	452
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.</b> <i>Рахматиллаев Т.Б.</i>	453
<b>РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b> <i>С.Т. Рахмонов, базовый докторант</i>	454
<b>КЎКРАК ҚАФАСИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАР УЧУН ХАВФЛИ ОМИЛЛАР.</b> <i>Раҳмонов Н. Х., Кенжаев Л.Р.</i>	455
<b>КЎКРАК ҚАФАСИ ШИКАСТЛАНИШИ УЧУН ТОРАКОСКОПИЯ: КЎРСАТМАЛАР ВА ХАВФСИЗЛИКНИ АСОСЛАШ</b> <i>Раҳмонов Н. Х., Кенжаев Л.Р.</i>	457
<b>ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА</b> <i>Ризаев Ж.А, Хазратов А.И., Иорданишвили А.К.</i>	458
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХЕМОБЕНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b> <i>1Рузибоев С. А., 2Мардонов В.Н</i>	459
<b>НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРНЫХ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ</b> <i>Рузибоев С. А., Мардонов В. Н.,</i>	461
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАЖЬ</b> <i>Рузибоев С.А., Садыков Р.А., Аллабердиев Н.А.</i>	463
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ</b> <i>Рузибоев С.А., Ачилов М.Т.</i>	464
<b>МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ</b> <i>Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Хазраткулов Р.Б., Ким А.А.</i>	467
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ</b> <i>Абдукахорова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Усмонов Б.У.</i>	468
<b>ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРА ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ</b> <i>Сабиров Д.Р, Юсупова О.Ж, Пулатова К.М</i>	469
<b>ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРА КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН РМЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА HER-2/NEU</b> <i>Сабиров Д.Р, Юсупова О.Ж.,Пулатова К.М</i>	470

<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ</b> <i>Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.</i>	472
<b>ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ГЕРОНТОВ И СУПЕРГЕРОНТОВ.</b> <i>Саидова Л.Б., Раджабова Г.С.</i>	473
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.</b> <i>Саидходжаева С.Б., Хакимов М.Н.</i>	474
<b>ЗДОРОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА - ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ</b> <i>Салиева М.Х., Минаваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю., Халмирзаева С.С.</i>	475
<b>ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ В ПЕРИОД ИННОВАЦИЙ</b> <i>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.</i>	476
<b>ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ</b> <i>Салиева М.Х., Минаваров А.А., Усманова Г.К., Ходжиахматова Р.Ю.</i>	477
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ</b> <i>Саломова И.С., Каримова Н.Н., Каримов Д.Н., Махмудова Ш. А.</i>	478
<b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ</b> <i>Санжарова Гузалой .Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.</i>	479
<b>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.</b> <i>Санжарова Гузалой .Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.</i>	480
<b>ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММ СКРИНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> <i>Сапиохунова Х.М.</i>	481
<b>ПРОФИЛАКТИКА ЭПИДУРАЛЬНОГО ФИБРОЗА.</b> <i>Сарибоев О.М.</i>	482
<b>ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ</b> <i>Сатторов А.Х., Мустафакулов И.Б., Исломов Н.К., Умедов Х.А.</i>	483
<b>ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ</b> <i>Сатторов А.Х., Мустафакулов И.Б., Бойназаров М.Э., Чориев Ф.Ф.</i>	484
<b>СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> <i>Сейдалиева М.К., Исраилова Д.К., Муйдинов Ф.Ф.</i>	485
<b>НЕИНВАЗИВНЫЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА</b> <i>Собиров Э.К., Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш.</i>	487

<b>ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МУЖЧИН</b> <i>Собирова Д.Ш., Мухторова Ю.М., Каримова Л.С., Махмудова Ш. А.</i>	489
<b>АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ГЕНА IL6 (C-174G) С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ</b> <i>Содиқов С.Б., Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С.</i>	490
<b>ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА</b> <i>Сорокин Э.П.1., Эралиев М. Й.2., Сиддиқов У. Б.2, Ёқубжанов У. Х.2</i>	491
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ШОРИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА</b> <i>Сорокин Э.П., Эралиев М. Й., Сиддиқов У. Б., Ёқубжанов У. Х.</i>	493
<b>К ПРОБЛЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАПАРОДОСТУПА В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.</b> <i>Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш.</i>	495
<b>САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЛАПАРОДОСТУПОМ - МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.</b> <i>Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш.</i>	497
<b>НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ</b> <i>Таджибоев Х.Л., Сайфиддинов КО, Исмоилов И.И</i>	500
<b>АНЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (на примере Джалал-Абадской области)</b> <i>Тажибоева У.Ж.1, Маматов С.М.2</i>	501
<b>КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА</b> <i>Тахиров Ж.М., Асимова С.У.</i>	502
<b>АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ</b> <i>Ташланов М.М., Кулдашев К.А., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т., Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.</i>	503
<b>ЛИМФОТРОПНАЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ.</b> <i>Ташланов М.М., Кулдашев К.А., Урунбаев О.А., Ходжалиев Ж.Т., Кулдашева Я.М., Кулдашева Г.К.</i>	504
<b>КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ТИПА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ</b> <i>Тимкина Н.В., Симаненкова А.В., Устюжанина А.О., Радугин Ф.М., Черникова А.Т., Каронова Т.Л</i>	505
<b>ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ УСТРАНЕНИЯ ТЕТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СО СПИННО-МОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ.</b> <i>Тулаев У.Б., Исоев А.И.</i>	506
<b>ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ</b> <i>Тулеметов С.К.</i>	507

<b>ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЧЕРЕЗ ОРГАНИЗМ МАТЕРИ</b> <i>Тулеметов С.К.</i>	509
<b>ЭКСТРЕННАЯ АУТОТЕНДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ СУХОЖИЛИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.</b> <i>Туляганов Д.Б., Худайназаров Д.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Давлатов Дж.Х., Ганиев О.А., Исломов А.А.</i>	510
<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРЕКЦИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Туракулов З.Ш., Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Бадалов Б.У., Тожиддинов Ш.Ш.</i>	512
<b>СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А и В</b> <i>Тухтаназарова Н.С</i>	513
<b>ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТА</b> <i>Тухтаназарова Н.С.</i>	515
<b>КРЫМСКАЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.</b> <i>Улуханова Л.У., Гаджимирзаева А.Г., Карнаева Н.С.Г. Махачкала, Дагестан</i>	516
<b>АНТИ- NMDA-РЕЦЕПТОРНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ. СЛУЧАЙ ИЗ РАКТИКИ</b> <i>Улуханова Л.У.</i>	517
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ</b> <i>Улуханова Л.У.</i>	519
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ И СТАНДАРТНЫМИ МЕТОДАМИ</b> <i>Умаров Д.А., Пулатова М.Х</i>	520
<b>РОЛЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ</b> <i>Умаров Д.А., Пулатова М.Х</i>	522
<b>БОКАДА ПЛЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОД УЗИ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМП.</b> <i>Умаров Д.Р., Кодиров У.О., Хаджиматов С.Э.,</i>	523
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ</b> <i>Умаров Т.Ш., Дилов Ж.Г.</i>	524
<b>ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</b> <i>Умарова М.Э.</i>	525
<b>ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</b> <i>Умарова М.Э</i>	526
<b>РАССТРОЙСТВА РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ТУГОУХОСТЬЮ</b> <i>Умарова М.Э.</i>	527

<b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ</b> <i>Умидов Х.А., Сатторов А.Х., Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э.</i>	529
<b>ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ “ТВЕРДЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК” ОТ ИНСУЛЬТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА</b> <i>Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Момунова А.А., Мамасолиев З.Н.</i>	530
<b>ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ «ТВЕРДЫХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ЮГА КЫРГЫЗСТАНА</b> <i>Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Момунова А.А., Иметова Ж.Б.</i>	531
<b>РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВМЕСТНО С ТРАДИЦИОННЫМИ И ИННОВАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ</b> <i>Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З.</i>	531
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ</b> <i>Уроков Ш.Т. Абидов У.О. Хаджаев К.Ш. Хайдаров А.А. Бафоев З.П. Кенжаев Л.Р.</i>	532
<b>ПЕЧЕНЕЧНАЯ ДВУУСТКА (ФАСЦИОЛЕЗ), КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЛЕЧЕННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ</b> <i>Уроков Ш.Т. Абидов У.О. Хаджаев К.Ш. Хайдаров А.А. Бафоев З.П. Кенжаев Л.Р.</i>	533
<b>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</b> <i>Урумбоева З.О</i>	534
<b>ВОДА – ИСТОЧНИК ЗДОРОВЬЯ</b> <i>Усманова Г.К.</i>	535
<b>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ</b> <i>Усманова М.Д. Якубова О.А. Насирова Ф.Ж</i>	536
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</b> <i>Усманова Э.М., Хакимов Х.Й.</i>	537
<b>ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ</b> <i>Усмонов К.С., Садилов Р.А., Хамдамов О.К., Мардонов Ж.Н.</i>	538
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> <i>Фазылов А.В., Рахимова Д.А., Давлатова Л.Ш., Тулаганова Д.К.</i>	540
<b>БИОМАРКЕРЫ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ</b> <i>Фаттахов Н.Х., Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Абдулхакимов А.Р.</i>	541

<b>ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ОРФОТЕКСТУРУ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b> <i>Фаттахов Н.Х., Аскарлов И.Р., Мамасолиев Н.С., Абдулхакимов А.Р.</i>	542
<b>НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОРОКОМ СЕРДЦА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19</b> <i>Е.В. Фокина, Е.Х. Баринлов, А.С. Фокин, Е.Н. Черкалина</i>	543
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ.</b> <i>Хазраткулов Р.Б., Кариев Ш.М., Бурнашев М.И.</i>	546
<b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ.</b> <i>Хазраткулов Р.Б., Ким А.А.</i>	547
<b>ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ВА ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ТУБЕРКУЛЁЗИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ</b> <i>М.А. Хакимов, Ш.Ю. Сабиров, С.К. Алиджанов, А.Р. Алимов</i>	548
<b>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-РЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ</b> <i>М.А. Хакимов, А.Р. Алимов</i>	548
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b> <i>М.А. Хакимов</i>	550
<b>ЗНАЧИМОСТЬ БИОПСИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</b> <i>М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахманов, С.К. Алиджанов, Б.Н. Исмаилов.</i>	551
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.</b> <i>Хакимов М.Н., Саидходжаева С.Б.</i>	552
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА</b> <i>Хакимов Ш.К., Алимова Г.М., Абдуллаева Г.Д.</i>	552
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ</b> <i>Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш., Шамсутдинова Д.</i>	555
<b>ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТ ИНГРЕДИЕНТОВ, НА РАЗВИТИЕ ГИПОГАЛАКТИИ У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ</b> <i>Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш., Фарманкулова Ё.Р.</i>	557
<b>ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b> <i>Халмирзаева С.С., Ходжиахматова Р.Ю., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.</i>	559
<b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</b> <i>Хамдамов Б.З., Сафаров С. С. , Дадабаев О. Т., Василевский Э.А.</i>	560

<b>КРОССЭКТОМИЯ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ДАТЬ ТРАДИЦИИ</b> <i>Хамдамов У.Р.1, Абдурахманов М.М.2, Кенжаев Л.Р.</i>	562
<b>КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.</i>	563
<b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКАФОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.</b> <i>Хамидуллаев Д.И., Ахмедиев М.М., Югай И.А.</i>	564
<b>АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ</b> <i>Хамрашаев Б.Б.</i>	565
<b>СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ</b> <i>Хамрашаев Б.Б.</i>	566
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> <i>Хасанов Д.Ш. Якуббекова С.С.</i>	567
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ</b> <i>Хикматов А.А, Каримов О.Х, Мукимов Ф.Х, Умарова Б.У.</i>	568
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКОЛОСУСТАВНЫХ И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ</b> <i>Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Хакимов Ш.К., Жабборов Ж.Ю.,</i>	569
<b>РЕОСОРБИЛАКТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ГЕМОСТАЗ</b> <i>Равшанова М.М., Ходжаева Н.А., Шарипова С.Х.</i>	571
<b>РОЛЬ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА</b> <i>Ходжиахматова Р.Ю., Мирзаева М.М., Холматова Г.А., Салиева М.Х.</i>	572
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</b> <i>Холиков И.Б., Ташкенбаева Э.Н.</i>	573
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛИОБЛАСТОМ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.</b> <i>Холиков Н.Х., Султанов А.М., Эгамбердиев Р.Х., Ахмедов С.С., Алтыбаев У.У., Кадырбеков Р.Т.</i>	574
<b>КОМПЬЮТЕРНОЕ УТОМЛЕНИЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА</b> <i>Холматова Г.А., Салиева М.Х., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.</i>	575
<b>ИНТЕРАКТИВНЫЙ ПОДХОД – ИСТОЧНИК АКТИВИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ</b> <i>Холматова Г.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Р.</i>	576
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ</b> <i>Хотамов И.Э.</i>	577
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.</b> <i>Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Турсунов К.К., Ботиров Н.Т.</i>	578

<b>ЛИМФОТРОПНАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ.</b> <i>Худайбердиев К.Т., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Мамадалиев А.Б.</i>	579
<b>ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.</b> <i>Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Турсунов К.К., Ботиров Н.Т., Хакимов М.Н.</i>	580
<b>ДИСКОГЕННАЯ ШЕЙНАЯ МИЕЛОПАТИЯ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.</b> <i>Худойбердиев К.Т., Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.</i>	582
<b>К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.</b> <i>Худойбердиев К.Т., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.</i>	583
<b>ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ</b> <i>Чориев Ф.Ф., Бойназаров М.Э., Мустафакулов И.Б., Нормаматов Б.П.</i>	584
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПО ТИПУ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ</b> <i>Шаматов Х.Ш., Эдилов У.А.</i>	585
<b>ОСНОВНЫЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА</b> <i>Шамсиев Ф.М., Муратова К.Р.</i>	586
<b>СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ</b> <i>Шамсиев Ф.М., Шарипова Н.П.</i>	588
<b>АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ</b> <i>Шамсиев Ф.М., Шарипова Н.П.</i>	589
<b>СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ</b> <i>Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Абдуллаев С.К., Урумбоева З.О.</i>	590
<b>ОЦЕНКА УРОВНЯ РИСКА ПОДВЕРЖЕНИЯ ИНСУЛЬТУ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВВИДУ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ</b> <i>Шарипова Ситорабону Хаким кизи, Расулова Райхон Шухратовна</i>	591
<b>ПРИМЕНЕНИЕ «НЕЙРОЭНДОСКОПА» ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.</b> <i>Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашууров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А., Исмаилов А.И., Абдусаттаров К.А., Дадабаева Ё.И..</i>	592
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ</b> <i>Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашууров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А., Дадабаева Ё.И..</i>	593
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ.</b> <i>Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашууров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А., Мамадалиев Д.М., Дадабаева Ё.И., Пулатов Г.Т..</i>	594
<b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.</b>	594

<i>Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашууров З.И., Хайдаров У.А., Абдусаттаров К.А., Гуломов А.А., Усманов Н.Х.</i>	
<b>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА БАЗЕ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ ГОРОДА ОШ</b> <i>Шатманов С.Т., Нурбек кызы А.</i>	596
<b>АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b> <i>Шербеков У.А., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А., Шавази Р.Н.</i>	597
<b>ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ</b> <i>Шербеков У.А., Василевский Э.А., Дадабаев О.Т., Усмонкулов М.К.,</i>	599
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ</b> <i>Шеркулов К.У., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А., Болтаева Н.К.</i>	599
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ К ОПУХОЛЯМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ</b> <i>Эгамбердиев Р.Х., Алтыбаев У.У., Кариев Г.М., Алиходжаева Г.А., Асадуллаев У.М..</i>	600
<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА</b> <i>Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Болтабаев Т.Т.</i>	601
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ</b> <i>Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Болтабаев Т.Т.</i>	602
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b> <i>Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Дурдиев Х.Б., Болтабаев Т.Т.</i>	604
<b>РОЛЬ ОСТЕОТОМИЯ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ</b> <i>Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.</i>	606
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В «КРИТИЧЕСКОЙ» ЗОНЕ</b> <i>Эркабаев А.К., Усманов Б.С, Махмудов Н.И.</i>	607
<b>РАЗВИТИЕ МАРКЕТИНГОВОЙ СФЕРЫ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ</b> <i>Эрматова Г.А., Махмуджонова С.Ф.</i>	608
<b>ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> <i>Эрметов А.Т., Эшбобоев Ф.Ю., Ли Д.Х.</i>	611
<b>ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> <i>Эрметов А.Т., Маматкулова Н.Б., Кодиров А.З.</i>	612
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ БОЛЬНЫМ С ЭЛИВАЦИЕЙ ST СЕГМЕНТА</b> <i>Эрметов А.Т., Тасбауов Б.К.</i>	615
<b>АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ</b> <i>Эрметов А.Т., Махмуров А.М.</i>	616

<b>ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Эрметов А.Т., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р.</i>	618
<b>АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b> <i>Эрметов А.Т., Олимова А.К., Эшолдиев Д.Б.</i>	620
<b>ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Эрметов А.Т., Усаров Х.Р., Кодиров Р.С.</i>	622
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА</b> <i>Эрметов А.Т., Хакимов Б.Б., Султонов Ш.У.</i>	624
<b>ПЕРЕКРУТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С НЕКРОЗОМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ</b> <i>Эрметов А.Т., Хаджибаев А.М., Хотамов И.И.</i>	626
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ</b> <i>Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Холбаев Р.И.</i>	628
<b>ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> <i>Эрметов А.Т., Адамбаева Д. К., Кобилов М.О.</i>	630
<b>ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> <i>Эрметов А.Т., Адамбаева Д. К., Кобилов М.О.</i> <i>Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра</i>	632
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ДЕТЕЙ</b> <i>Эрметов А.Т., Жолдасов Д.Н.</i>	634
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> <i>Эрметов А.Т., Хаджибаев А.М., Жураев О.П.</i>	635
<b>АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ РОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ</b> <i>Эрметов А.Т., Ишанходжаев М.М.</i>	637
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ</b> <i>Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М., Жураев О.П.</i>	640
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИЧЕСКОГО КРИЗА</b> <i>Эрметов А.Т., Салиханов Н.Т.</i>	642
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ</b> <i>Эрметов А.Т., Иичанов С.К.</i>	644
<b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ</b> <i>Эрназаров Ж. Г., Асилова С.У., Назаров А.Н.</i>	645
<b>ВОЗДЕЙСТВИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВАНН НА ЦИТОАРХИТЕКТониКУ ТИМУСА</b> <i>Эседова А.Э., Гусейнова С.Т., Мавраева М.А., Кадиев А.Ш.,</i>	647

<b>ВОЗДЕЙСТВИЯ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА БЕЛЫХ КРЫС</b> <i>Гусейнова С.Т., Эседова А.Э., Курбанова П.А., Гадисова И.Г.</i>	648
<b>МОРФОЛОГИЯ СТРУКТУРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТИМУСА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ</b> <i>Эседова А.Э., Гусейнова С.Т., Таймазова Ш.К., Ганиева А.И., Малачилова М.М.</i>	650
<b>ТИРЕОИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМОЙ</b> <i>Эшбеков М.А., Хамдамов Б.З., Дадабаев О.Т., Василевский Э.А.</i>	652
<b>КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</b> <i>Эшонов О.Ш, Ярашев А.Р</i>	653
<b>НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И СЛУХА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b> <i>Юлбарисов А.А, Ахматов А.М, Арипова Ф.М, Носиржонов Б.Т</i>	655
<b>ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.</b> <i>Юлдашев М.А.</i>	656
<b>НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ</b> <i>Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.</i>	657
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ВЫСОКО ЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ УГЛЕКИСЛОТНЫМ ЛАЗЕРОМ НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ И ДАЦ – ТРИПСИН ЛИЗОЦИМОМ</b> <i>Юсунов К.А., Азизов Д.Т., Юсунов Ж.К., Латипов Р.Ж.</i>	658
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – МОЩНОЕ СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ</b> <i>Юсунов К.М., Салиева М.Х., Усманова Г.К., Мухторов М., Мирзаева М.М.</i>	659
<b>СЕМЬЯ – ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ ПО ЗОЖ У ДЕТЕЙ</b> <i>Юсунов К.М., Мирзаева М.М., Халмирзаева С.С., Салиева М.Р., Салиева М.Х.</i>	660
<b>ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b> <i>Юсунова Зумрад Кадамбоевна, Агабабян Ирина Рубеновна,</i>	661
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА</b> <i>Юсунова И.А.</i>	662
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА</b> <i>Якуббекова С.С. Хасанов Д.Ш.</i>	663
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ.</b> <i>Якубов Ж.Б</i>	664

<p><b>РАЗРАБОТКА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</b></p> <p><i>Худойбердиев Санжар Собирович, Хамдамов Бахтиёр Зарифович</i></p>	666
<p><b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ, РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ТРАНЗИТНЫМ РАЗДЕЛЕНИЕМ ЖЕЛУДКА И МИНИ-ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ</b></p> <p><i>Назаров И.Р. Муратов А.А. Рустамов А.А.</i></p>	667
<p><b>МИОПИЯ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ МАКУЛА ДЕГЕНЕРАЦИЯСИ</b></p> <p><i>Маширапова З.М., Абдурахманова Д.А.</i></p>	668
<p><b>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПЛАНИМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ</b></p> <p><i>Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Мирзаев К.К., Юсупов К.А.</i></p>	669
<p><b>ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАНЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ</b></p> <p><i>Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Мирзаев К.К., Юсупов К.А.</i></p>	670
<p><b>2-TURLI QANDLI DIABET VA SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LAPAROSKOPIK YENGLI GASTREKTOMIYA, TRANZIT OSHQOZON BO'LINISHI VA MINI GASTRIK BYPASSNING RETROSPEKTIV NATIJALARINING QIYOSIY TAHLILI.</b></p> <p><i>Nazarov I.R. Muratov A.A. Rustamov A.A.</i></p>	672
<p><b>COVID-19 ASSOTSIRLANGAN SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZI ERTA BOSQICHLARIDA DAVOLASHDA YANGICHA YONDASHUV</b></p> <p><i>J.Sh. Qayumov</i></p>	673
<p><b>COMPARATIVE ANALYSIS OF RETROSPECTIVE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY, SLEEVE GASTRECTOMY WITH TRANSIT BIPARTITION AND MINI GASTRIC BYPASS IN TYPE 2 Diabetic PATIENTS WITH OBESITY</b></p> <p><i>Nazarov I.R. Muratov A.A. Rustamov A.A</i></p>	674
<p><b>EXPLORATION OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN: EXAMINATION OF EPIDEMIOLOGICAL CONDITIONS AND EFFECTIVE APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT.</b></p> <p><i>Abdukakhorova S.K., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Mamasolieva Sh.A.</i></p>	674
<p><b>COMBINED LASER TREATMENT (577-810 NM) OF SLIGHTLY PIGMENTED MELANOMA OF THE VASCULAR MEMBRANE OF THE EYE</b></p> <p><i>Abdurakhmanova D.A., Mashrapova Z.M.</i></p>	675
<p><b>SURGICAL REMOVAL OF SKULL TUMORS WITH SIMULTANEOUS CRANIOPLASTY OF SKULL DEFECT</b></p> <p><i>Adashvov Kh.A., Boboev J.I.</i></p>	676
<p><b>ASSOCIATION OF VITAMIN D LEVELS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS: RESULTS AND ANALYSIS</b></p> <p><i>Aysacheva M.O., Yusupova Sh.Q., Nishanova M.S.</i></p>	677

<b>BIOLOGIKAL MATURITY GIRLS PLAY SPORTS</b> <i>Akbarova Gulnoza Khaydaraliyeva</i>	678
<b>ADVANCING DIAGNOSTIC ACCURACY IN ISCHEMIC HEART DISEASE THROUGH AI MODELING</b> <i>Alyavi A.L., Alyavi B.A., Abdullaev A.Kh., Uzokov J.K., Muminov Sh.K., Iskhakov Sh.A., Ashirbaev Sh.P., Vikrov I.P.</i>	679
<b>ENHANCING ISCHEMIC HEART DISEASE DIAGNOSIS THROUGH AI: A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK APPROACH USING ECG DATA</b> <i>Alyavi A.L., Alyavi B.A., Abdullaev A.Kh., Uzokov J.K., Muminov Sh.K., Iskhakov Sh.A., Ashirbaev Sh.P., Vikrov I.P.</i>	680
<b>ACHIEVEMENTS IN PREVENTIVE MEDICINE (ON THE EXAMPLE OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY)</b> <i>Asrankulova D.B., Kuzieva G.A., Mamasoliev N.S., Kurbonova R.R.</i>	680
<b>STRATEGIES FOR PREVENTING AND TREATING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN.</b> <i>Asrankulova D.B., Mamasoliev N.S., Abdukakhorova S.K., Курбонова P.P.</i>	681
<b>APPLICATION OF MORPHOMETRIC METHODS IN THE SURGICAL TREATMENT OF MYELODYSPLASIA</b> <i>Akhmediev M.M., Karimov S.S.I, Akhmediev T.M.</i>	682
<b>STUDY OF PALPATION AND PERCUSSION OF THE HEART IN SIMULATED CONDITIONS</b> <i>Bektasheva G.M.</i>	683
<b>A LONG-TERM REVIEW OF THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF DIABETIC PHLEGMON OF THE LOWER EXTREMITIES.</b> <i>Bektasheva G.M., Soliyev M.B., Jutayev G.G.</i>	685
<b>FEATURES OF THE BLOOD CLOTTING SYSTEM IN PATIENTS WITH COVID-19 WHO HAVE UNDERGONE CORONARY STENTING</b> <i>Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.</i>	687
<b>THE BASIS FOR CORRECTING CHANGES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE</b> <i>Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.</i>	689
<b>DISTINCTIVE FEATURES OF CORRECTION OF CHANGES IN PATIENTS WITH A DIASTOLIC FUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE</b> <i>Bustanov Sh.Ya., Bustanov O.Ya.</i>	689
<b>MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE MICROHEMOCIRCULATION VESSELS OF DIFFERENT PARTS OF THE BRAIN UNDER THE INFLUENCE OF HYPOBARIC HYPOXIA.</b> <i>Vorotnikova M.V., Zerkalova Yu.F.</i>	690
<b>FEATURES OF HEART RATE VARIABILITY IN CHILDREN WITH NEUROCVLATORY CARDIAC DYSTONIA</b> <i>Ganiev A. G., Bakhavatdinova Z.M., Yunusov D.M., Kuziev D.V.</i>	691
<b>CASES OF HIV INFECTION CAUSED BY LIGHTNING NODES HAVE BEEN IDENTIFIED IN THE ANDIJAN REGION</b> <i>Gaffarov X.A.</i>	693
<b>PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: FERGHANA VALLEY STUDY INSIGHTS</b> <i>Dadamyans. N.G., Mamasoliyev N.S., Yaqubov N.I, Mamasoliev Z.N.</i>	695

<b>THE IMPACT OF TYPE 2 DIABETES ON THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COVID-19 PATIENTS: INSIGHTS FROM THE FERGHANA VALLEY STUDY</b> <i>Dadamyans N.G., Mamasoliyev N.S., Tursunov J.X., Yaqubov N.I</i>	695
<b>DETERMINATION OF CHEMICAL COMPOSITION OF SMOKELESS TOBACCO (NASVAY) IN UZBEKISTAN</b> <i>Jasur Juraev, Shukurov Shuhrat, Yuldashev Rustam</i>	697
<b>MORPHO-HISTOLOGICAL CHANGES IN THE GALLBLADDER WALLS IN CHOLECYSTITIS.</b> <i>Jumaeva M.M., Khasanova D.A., Kenjaev L.R.</i>	698
<b>FEATURE OF THE DEVELOPMENT OF ANEMIA IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS</b> <i>Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K., Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K.</i>	699
<b>ASSESSMENT OF THE SPECIFICITY OF THE TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WITH COVID-19</b> <i>Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K., Khamidova M.I.</i>	700
<b>DETERMINATION OF SOME OSTEOMETRIC PARAMETERS OF METATARSAL BONES OF THE MALE FOOT ACCORDING TO RADIOGRAPHIC DATA</b> <i>Zerkalova Ya.I.</i>	702
<b>OBSERVATION THE HEALTH STATUS OF FREQUENTLY ILL CHILDREN IN PRE-SCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS</b> <i>Imamova A.O., Bobomurotov T.A., Akhmadaliyeva N.O</i>	703
<b>IMPORTANCE OF KALLIDINOGENASE IN NEUROPROTECTION AND NEUROINFLAMMATION IN PATIENTS WITH ISOLATED CLOSED HEAD INJURY.</b> <i>Kenjaev L. T., Ibragimov N. K.</i>	705
<b>HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS.</b> <i>Kuzieva G.A., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Mamasolieva Sh.A.</i>	706
<b>IMPROVEMENT ULTRASOUND IMAGING OF HIP OSTEOARTHRITIS</b> <i>Madumarova Z.Sh., Khodjibekov M.Kh</i>	706
<b>METHOD OF LOCAL HEMOSTASIS IN PARENCHYMAL AND SHEATHED CEREBRAL HEMORRHAGES</b> <i>Mamadaliyev A.R., Davlatov B.N., Mamasoliyeva Sh.U.</i>	707
<b>IMPACT OF A LOW GLYCEMIC INDEX DIET ON CARDIAC BIOMARKERS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE</b> <i>Payziev D.D., Alyavi B.A.</i>	709
<b>THE FREQUENCY OF DETECTION OF ACTIVE CHRONIC HEPATITIS-B AMONG HBsAg CARRIERS</b> <i>Pulatov M.E.</i>	709
<b>COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF THERAPY FOR CANDIDA INFECTION IN HIV/AIDS PATIENTS</b> <i>Pulatov M.E.</i>	710
<b>OUR EXPERIENCE IN MICROSURGICAL TREATMENT OF STENOTIC AND OCCLUSIVE PATHOLOGIES OF CEREBROVASCULAR DISEASES</b> <i>Rasulov Sh.O., Abdullaev N.K.</i>	711

<b>PREVENTION OF DISEASES IN GYNECOLOGY</b> <i>Rasulova Nilufar Abduvossiyevna</i>	712
<b>ONCOLOGICAL DISEASES AND ITS DANGERS</b> <i>Rasulova Nilufar Abduvossiyevna</i>	713
<b>THE PRACTICAL IMPORTANCE OF SCIENCE INTEGRATION IN THE DISCHARGE OF PHARMACY DIRECTION STUDENTS.</b> <i>Rustamov Mirodiljon Muhammadjanovich</i>	716
<b>PROGNOSTIC AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN CONGENITAL HEMOLYTIC DISEASE</b> <i>Rustamova N. X.</i>	717
<b>ANALYSIS OF THE CONSEQUENCES OF COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC PHLEGMON IN THE LOWER EXTREMITIES</b> <i>Soliyev M.B., Bektasheva G.M., Jurayev G.G.</i>	719
<b>SPREAD OF HCV INFECTION AMONG CHILDREN AND ADULTS</b> <i>O.N. Solomonnik</i>	721
<b>POSSIBILITIES OF MODERN THERAPY FOR LIVER CIRRHOSIS AND HEPATORENAL SYNDROME TYPE 2</b> <i>S.S.Sultanov, M.F.Jumaeva, A.R. Yarashev</i>	722
<b>FEATURES AND INFLUENCE OF CARBOXY ANGIOGRAPHY ON THE PROGNOSIS OF CHRONIC LIMB ISCHEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE</b> <i>Jakhongir Tojiboevich Tursunov, Shovkat Kadirovich Muminov</i>	723
<b>A COMPREHENSIVE STUDY OF THE EFFICACY OF CARBOXY ANGIOGRAPHY IN DIAGNOSING PERIPHERAL ATHEROSCLEROSIS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC LIMB ISCHEMIA AND CHRONIC KIDNEY DISEASE</b> <i>Jakhongir Tojiboevich Tursunov, Shovkat Kadirovich Muminov</i>	724
<b>ANATOMICAL AND MORPHOLOGICAL PARAMETERS OF PROSTATE GLAND DEVELOPMENT IN NORMAL RATS</b> <i>K.N.Fayzullaev, L.R.Kenjaev, Sh.J.Teshaev</i>	725
<b>RESULTS OF STUDYING THE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF INTRACRANIAL HEMATOMA OF TRAUMATIC GENESIS.</b> <i>R.B.Hazratkulov</i>	725
<b>CATECHOLAMINES AND PLASMA PROTEIN CORRELATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ELEVATED ST SEGMENTS</b> <i>Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K.</i>	726
<b>RESULTS OF STUDYING THE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF INTRACRANIAL HEMATOMA OF TRAUMATIC GENESIS.</b> <i>R.B.Hazratkulov</i>	726
<b>MODERN METHODS OF TREATING POSTOPERATIVE WOUNDS IN DIABETIC PATIENTS AFTER EXTRACTION</b> <i>Kholmatova G.A., Bekasheva G.M., Soliyev M.B.</i>	727
<b>NEW GROUP MECHANISM OF DRUG REDUCTION ACTION BLOOD SUGAR LEVELS</b> <i>Kholmatova G.A., Bektasheva G.M., Soliyev M.B.</i>	729

<b>RESULTS OF THE USE OF RADIATION DIAGNOSTICS IN EARLY POSTOPERATIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION</b> <i>Khoshimov D.E., Tulyaganov D.B., Pulatov D.T.</i>	731
<b>ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH DELAYED HEART RHYTHM AND SYMPTOMS OF BENDOPNE</b> <i>Shakirova G.K., Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J., Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D.</i>	732
<b>ULTRASOUND ASSESSMENT OF DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP (DDH) IN INFANTS BELOW 6 MONTHS: EVALUATING EFFICIENCY</b> <i>B.F.Shirov</i>	733
<b>EVALUATION OF THE TOLERABILITY AND EFFECTIVENESS OF A NEW FIXED COMBINATION DRUG FOR PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA.</b> <i>Egamberdieva M.E.</i>	734
<b>ASSESSMENT OF THE STATE OF SPECIFICITY OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION</b> <i>Yakubbekova M.K., Dilkasheva Sh.D., Shakirova G.K., Khamidova M.I., Zhakhbarova H.J.</i>	735
<b>INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN DIABETES MELLITUS AND VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COVID-19 PATIENTS</b> <i>Yaqubov N.I., Mamasoliyev N.S., Dadamyans. N.G., Tursunov J.X.</i>	736
<b>STROKE AMONG THE YOUNG POPULATION</b> <i>Yarashev A.R., Sultanov S.S.</i>	737