



giz

Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ZAMONAVIY TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

YOSH OLIMLAR XALQARO ANJUMANI

ACTUAL PROBLEMS OF MODERN MEDICINE

INTERNATIONAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS



ACTUAL PROBLEMS
OF MODERN MEDICINE

14 апрель 2023 года,
г.Ташкент

EDITORIAL BOARD

Editor in chief
Rector of TMA prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor
associate prof. Z.A.Muminova

Responsible secretary
associate prof. D.G'.Abdullaeva

EDITORIAL TEAM

ass. Sh.K.Muftaydinova
associate prof. I.R.Urazaliyeva
prof. D.A. Nabieva
prof. U.S. Xasanov
prof. F.I.Salomova
associate prof. M.I.Bazarbayev
associate prof. A.A.Usmanxodjayeva
associate prof. O.N.Visogortseva
ass. D.I. Sayfullayeva
ass. M.R.Mirsagatova

TECHNICAL SUPPORT TEAM

D.R.Abduakhatovna
J.D.Kamilov
M.M.Kiyomova
A.N.Yuldashev
Kx.Sh.Rakhimova

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
Ректор ТМА проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора
доц. З.А.Муминова

Ответственный секретарь
доц. Д.Г.Абдуллаева

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИ

асс. Ш.К.Муфтайдинова
доц. И.Р.Уразалиева
проф. Д.А.Набиева
проф. У.С.Хасанов
проф. Ф.И.Саломова
доц. М.И.Базарбаев
доц. А.А.Усманходжаева
доц. О.Н.Высогорцева
асс. Д.И.Сайфуллаева
асс. М.Р.Мирсагатова

ЧЛЕНЫ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Д.Р.Абдурахатовна
Ж.Д.Камилов
М.М.Киёмова
А.Н.Юлдашев
Х.Ш.Рахимова

нические растворы глюкозы, 30 мл 96⁰ спирта в 200 мл 5% р-ра глюкозы, гепарин, аспирин, липостабил (до 150 мл/сут) или эссенциале (40-50 мл/сут), по показаниям – свежезамороженная плазма или криопреципитат, кортикостероиды, сукцина-сол (400 мл), парентеральное и энтеральное зондовое питание, ранняя оперативная стабилизация переломов.

Выводы. Полученные результаты позволили снизить смертность с 38,5% до 15,6% и улучшить результаты лечения больных с сочетанными травмами живота.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Муфтайдинова Ш.К., Муминова З.А., Абдуллажонова М.У.

Ташкентская медицинская академия

Эндометриоз – это хроническое гинекологическое заболевание, при котором наблюдается рост и развитие ткани, подобной эндометрию за пределами полости матки, вызывая боль и бесплодие, тем самым снижая качество жизни. Частота встречаемости заболевания у подростков достигает до 49-75%. Эндометриоз, является наиболее частой причиной вторичной дисменореи у девочек-подростков и характеризуется болью, несмотря на лечение нестероидными противовоспалительными и гормональными препаратами.

Целью нашего исследования явилась выявить ранние признаки эндометриоза у девочек подростков для профилактики развития распространённых форм заболевания в репродуктивном периоде.

Материалы и методы: В исследование были включены 60 девочки -подростки в возрасте от 11 до 17 лет из числа учащихся общеобразовательной школы. Мы провели гинекологический опросник (анкета), включающий вопросы, касающиеся индивидуальных особенностей менструального цикла и интенсивности болевого синдрома во время месячных.

Результаты: По результатам анкетирования мы разделили подростков на группы с учетом набранных баллов. Девочки, получившие от 8 до 14 баллов, были включены в группу с высоким риском развития заболевания, которые составили 45%. 35% девочек набрали от 5 до 7 баллов (II группа со средним риском) и III группа (низкий риск) - 20% набрали ниже 5 баллов. Возраст подростков группы высокого риска был в среднем 17.9 лет. Возраст менархе составил в среднем 12,5 лет. Индекс массы тела у большинства девочек был в пределах нормы. Основными жалобами девочек группы высокого риска были хроническая тазовая боль (65%), дисменорея (85%), обильные менструальные выделения (40%), кровотечения вне менструального цикла (5%). К сожалению, только 15% девочек из группы высокого риска сообщили о своих проблемах своим родителям, 3% - гинекологу. Конечно, когда подростки скрывают проблемы со здоровьем или не обращаются за медицинской помощью в течение этого времени, мы можем упустить время и шанс оказать своевременную помощь таким пациентам и предотвратить развитие дальнейших осложнений, таких как распространение эндометриоза или бесплодие в репродуктивном возрасте.

Выводы: Девушки подростки с болевым синдромом и дисменореей следует отнести к группе высокого риска по развитию эндометриозу. Для ранней диагностики эндометриоза следует провести профилактическое обследование девочек-подростков входящие в группу высокого риска каждые 6 месяцев и консультация детского гинеколога в поликлиниках.

Материалы и методы. Анализ характера оказания первой помощи у 110 больных старше 60 лет показал, что для уменьшения чувства боли наиболее часто осуществляются следующие мероприятия: охлаждение обожженных участков тела водой, снегом, льдом (у 17 больных); употребление алкоголя внутрь (у 21); приём обезболивающих таблеток (у 30); аппликация на раны растворов анальгетиков (у 11); внутримышечное и внутривенное введение наркотических и ненаркотических анальгетиков (у 97 больных).

Результаты. Для оказания помощи у пожилых морфин применяют относительно редко. Его введение может привести к угнетению моторики желудочно-кишечного тракта. Чаще всего врачи «скорой помощи» для обезболивания часто (до 95%) применяют промедол, значительно уступающий по своей анальгетической активности морфину, фентанилу и морадолу.

Анестезиологические пособия проводились в условиях ожогового шока (различной степени тяжести), выраженного болевого синдрома, гиповолемии, гипопротейнемии, нарушения гомеостаза и т.д., на фоне противошоковой терапии; обострения сопутствующих хронических заболеваний: язва 12-ти перстной кишки и желудка, сахарный диабет, ИБС, перенесенные инфаркты миокарда, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, бронхиальная астма и др. Большая часть (85%) анестезиологических пособий оказывались в условиях минимального наличия следящей и контролирующей аппаратуры (кардиомониторы и др).

Нами проанализирован опыт оперативного лечения и вид анестезии у пострадавших старше 60-ти лет. Средний возраст пациентов составил $75 \pm 2,5$ лет (от 60 до 87 лет). Ранние некрэктомии с последующей аутодермопластикой, экзартикуляции и ампутации (у 12) были выполнены у 167 пострадавших. Показанием для подобных вмешательств были глубокие (IIIБ - IV степени), ограниченные по площади ожоги (от 2 до 10%), которые локализовались на туловище, верхних и нижних конечностях.

При оперативном лечении обожженных старше 60-ти лет риск анестезии нередко повышает риск хирургического вмешательства. Сопутствующая соматическая патология, реальная угроза декомпенсации состояния в ходе оперативного лечения требует соблюдения основных принципов проведения анестезии: достаточность анальгезии, адекватность вентиляции (искусственной либо спонтанной).

Наиболее распространенной методикой анестезии при аутодермотрансплантации является внутривенный наркоз с использованием кетамина, атарактиков, барбитуратов.

Многокомпонентные внутривенные анестезиологические пособия: кетамин+ реланиум+ дроперидол+ баралгин+ трамал составили 95% всех наркозов, при любых локализациях, площади и глубины термического поражения. Катетеризация центральных вен выполнялась 100% случаях ожогового шока.

Выводы. Все виды анестезиологического пособия проводятся строго индивидуально, в тесном взаимодействии комбустиолога и анестезиолога.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ ВИТАМИНА D В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ

Шомов В.Т., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К.

Ташкентская медицинская академия

Интерес к роли витамина D в репродуктивной физиологии женщин неуклонно растет со времени его открытия. Витамин D представляет собой стероидный гормон, который в основном вырабатывается кожей под воздействием солнечного света, при этом менее 20% поступает из пищевых источников. Витамин D превращается в 25-гидроксивитамин D (25ОН-D) под действием печеночной 25-гидрокси-

лазы. Затем с помощью почечной 1α -гидроксилазы циркулирующий 25OH-D преобразуется в активную форму $1,25$ -дигидроксивитамина D_3 .

Для диагностики дефицита витамина D используется определение в крови уровня промежуточного метаболита 25 -гидроксивитамина D [$25(\text{OH})\text{D}$], отражающего общее количество витамина D , синтезируемого в коже и получаемого из пищевых продуктов.

Основной функцией витамина D является метаболическая регуляция гомеостаза кальция и фосфатов, контролируя качество минерализации костей, что необходимо для профилактики рахита у детей и остеопороза у взрослых. Рецептор витамина D обнаружен не только в классических тканях, которые, как известно, регулируют метаболизм кальция, таких как кишечник, скелет и паращитовидные железы, но также и в репродуктивных органах, таких как яичники, матка, плацента, яички, гипоталамус и гипофиз. Американскими учёными [Irani M и соавт. *Fertil. Steril.* 2014] было выявлено, что в гранулезных клетках яичника Витамин D изменяет передачу сигналов антимюллерового гормона (АМГ), чувствительность рецепторов фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), а также выработку и высвобождение прогестерона, указывая на возможную физиологическую роль в развитии фолликулов яичников и лютеинизации [2]. В сыворотке крови 25OH-D положительно коррелирует с АМГ. Приём препаратов Витамин D снижает аномально повышенный уровень АМГ в сыворотке, что в свою очередь улучшает фолликулогенез. Влияние витамина D на яичники потенциально может привести к тому, что этот пероральный, относительно безопасный и дешёвый витамин станет дополнительным средством в терапии овуляторной дисфункции, и возможно, при бесплодии у всех женщин репродуктивного возраста. Прямое влияние витамина D на качество ооцитов и эмбрионов человека ещё не исследовано.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И ЭНДОМЕТРИОЗ

Шомов В. Т., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К.

Ташкентская медицинская академия

Эндометриоз — это эстрогензависимое хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся разрастанием ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. За последние годы появляются всё больше публикаций, свидетельствующие роли дефицита витамина D на риск развития эндометриоза.

Дефицит витамина D определяется как уровень 25 -гидроксивитамина D ($25(\text{OH})\text{D}$) в сыворотке крови менее 20 нг/мл (50 нмоль/л); недостаточность витамина D — как уровень 20 — 30 нг/мл (50 — 75 нмоль/л). Нормальный уровень $25(\text{OH})\text{D}$ составляет более 30 нг/мл (75 нмоль/л). В зарубежной литературе витамина D ассоциируется с эндометриозом, что связано с влиянием витамина D на воспаление, тонус гладкой мускулатуры, иммунитет и баланс эстрогенов. Американскими учёными [Harris и соавт. *J Epidemiol.* 2013] было проведено крупное проспективное когортное исследование, по результатам которого было выявлено, что уровень $25(\text{OH})\text{D}$ в плазме крови обратно коррелировал с распространённостью эндометриоза; у пациенток с уровнем витамина D , находящихся в верхнем квинтиле (80 — 100%), риск эндометриоза был на 24% ниже, чем у женщин с уровнем $25(\text{OH})\text{D}$, находящихся в нижнем квинтиле (0 — 20%), ($\text{OR}=0,76$, 95% ДИ $0,6$ — $0,97$). Faserl K. и соавт. [2011] в своих исследованиях *in vitro* показали, что концентрация витамина D в плазме крови влияет на риск развитие эндометриоза. Также другими исследователями [Miyashita M. 2016] *in vitro* было показано, что витамин D оказывает выраженное противовоспалительное действие: снижает индуцированную ИЛ- 1β и ФНО- α экспрессию ИЛ- 8 , активность простагландинов, экспрессию матриксных

металлопротеиназ — 2 и 9 (ММР-2и ММР-9), ингибирует активацию ядерного фактора NF-κB, которые непосредственно учувствуют в патогенезе эндометриоза. Дефицит витамина D у женщин с эндометриозом, может быть обусловлено влиянием витамина D на воспаление, тонус гладкой мускулатуры, иммунитет и баланс эстрогенов. Необходимы дополнительные исследования в данном направлении.

ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Шарапов А.Н., Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Матмуратов С.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Летальность при остром панкреатите обусловлена в основном развитием тяжёлых некротических форм, вызывающих системную воспалительную реакцию организма. Наиболее информативным методом диагностики при этом является контрастноусиленная компьютерная томография, которая показана для уточнения диагноза; для оценки масштаба и характера поражения железы и забрюшинной клетчатки.

Целью нашего исследования явилось прогнозировать течения острого панкреатита.

Материал и методы. В работе проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 56 больного острым панкреатитом, в возрасте от 27 до 69 лет (средний возраст – $51,5 \pm 4,8$ лет). Доля мужчин среди них составила – 35 (62,5%), женщин – 21 (37,5%). Из 56 больного деструктивная форма панкреатита отмечена у 22 (39,3%) пациентов, отечная – 34 (60,7%). Диагноз данного заболевания, помимо клинических данных, основывался на результатах исследования уровня амилазы в крови и моче, данных ультразвукового исследования (УЗИ), контрастноусиленной компьютерной томографии (КТ). Интерпретация данных контрастноусиленной компьютерной томографии и оценка тяжести панкреатита проводится по шкале E.J. Balthazar: степень А, нормальный вид поджелудочной железы – 0 баллов; степень В, увеличение размеров поджелудочной железы – 1 балл; степень С, признаки воспаления околопанкреатической клетчатки – 2 балла; степень D, увеличение размеров поджелудочной железы и наличие жидкости в переднем паранефральном пространстве – 3 балла; степень E, скопление жидкости по крайней мере в 2х областях – 4 балла и степень некроза 50 % паренхимы – 6 баллов. Баллы тяжести панкреатита и выраженности некроза суммируются. Максимальная тяжесть – 10 баллов, минимальная – 0 баллов.

Результаты. В наших исследованиях при контрастноусиленной компьютерной томографии установлен шкала В у 22 (39,3%) пациентов, С – 12 (21,4%), степень D – 16 (28,6%) и степень E выявлен у 6 (10,7%) с острым панкреатитом. При этом средний балл составил – $3,4 \pm 0,02$. Для дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений целесообразно исследование с болюсным контрастированием. Также метод позволял оценить степень некроза паренхимы, дифференцировать инфицированные и неинфицированные жидкостные скопления, выявить сосудистые осложнения, нарушения дренирования желчных и панкреатических протоков. Если более 30 % паренхимы поджелудочной железы при компьютерной томографии не демонстрирует контрастного усиления после болюсного внутривенного введения контрастного препарата, E.J. Balthazar et al. рекомендуют относить пациента к группе риска наибольшей частоты осложнений и летального исхода.

Таким образом, если диагноз острого панкреатита устанавливается на основании контрастноусиленной мультиспиральной компьютерно-томографической для постановки диагноза другие методы не требуется. Для оценки тяжести острого панкреатита и прогноза развития заболевания возможно применение шкалы кри-

qlikdagi farqlarni statistik qayta ishlash natijasida ular orasidagi farqlarning ahamiyatini aniqladik ($p < 0,05$).

Xulosa: Ilmiy ishimizni o'rganish natijasida xulosa va ilmiy ishning yangiligi sifatida shuni aytib o'tish lozimki: turli biotoplardan ajratilgan E.coli shtammlarida (E.coli siydik, E.coli ichak va E.coli ichak nazorati) yopishqoqlikdagi farqlar aniqlandi. Siydik ajratish-dan kelib chiqqan E.coli siydik yo'llari infeksiyasi bilan og'rikan bemorlarning ichakidagi E.coli va sog'lom ko'rinadigan odamlarning ichakidagi E.coli bilan solishtirganda ko'proq yopishqoq potensialga ega ekanligini aniqladik.

AYOLLARDA MENOPAUAZ KECISHINING XUSUSIYATLARI

Qarshiyeva Sh.M., Muminova Z.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Kirish: Menopauza – ayol organizmidagi tranzitor faza bo'lib, jinsiy gormonlar sekretsiyasining pasayishi va reproduktiv faoliyatning susayishi bilan kechadigan davrdir. Menopauzaga o'tish, ayol organizmida, qarish jarayoni rivojlanishining murakkab davri bo'lib, bir qancha fiziologik va emotsional o'zgarishlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu jarayonda yuz beradigan gormonal o'zgarishlar, ko'plab ayollarning hayot sifatining pasayishiga ta'sir ko'rsatuvchi simptomlarning rivojlanishiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Menopauza davrida esterogen gormoni sekretsiyasining kamayishi, ayol sog'lig'iga jiddiy ta'sir ko'rsatuvchi xavf omillarining kelib chiqishi sabab bo'ladi. Bunday xavf omillariga esa, yurak-qon tomir aterosklerotik kasalligi, insulinga rezistentlik va qandli diabet, dementsiya, miyaga qon quyilishi, osteoporoz, vazomotor simptomlarning paydo bo'lishi kabilar kiradi.

Ayolda menopauzal o'tish davri boshlanishi bilan, klimakterik simptomlar yuzaga kela boshlaydi va esterogen gormoni kamayishi bilan bu davr tugaydi. Bu simptomlarga, vazomotor simptomlarning namoyon bo'lishi ya'ni, isib ketish, tunggi terlash, qaltirash va uyqusizlik kabilar kiradi. Bundan tashqari, urogenital tizimda, jinsiy a'zolarining qurib qolishi, siydik tutaolmaslik va jinsiy aloqa paytidagi noqulaylikni his qilish singari bir qancha o'zgarishlar ham kuzatiladi. Eng ahamiyatli jihatlaridan, bu davrda ayolda psixologik simptomlarning uchrashidir.

Menopauza davri ayol hayot sifatiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, lekin ayollarning klimakterik simptomlar va ularning ta'sirini bilmasligi salbiy oqibatlarining rivojlanishiga olib kelmoqda.

Maqsad: Ushbu tadqiqotda 42-56 yosh oralig'idagi ayollarda menopauzal simptomlarning tarqalishi va uning ta'sirida rivojlanuvchi omillarni kuzatish va o'rganish maqsad qilingan.

Tadqiqot metodi va usullari: Ushbu tadqiqot - yozma tadqiqot usuliga kiruvchi, ko'ndalang tadqiqot usulida amalga oshirildi. Tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasi Akusherlik va ginekologiya kafedrasining bazalaridan biri bo'lgan 9-sonli tug'ruq kompleksining ishchi xodimlari va ginekologiya bo'limiga murojaat qilib kelgan ayollar orasida o'tkazildi.

Tadqiqotda, 42-56 yosh oralig'idagi 300 nafar ayol qatnashdi va ulardan rondomizatsiya usuli yordamida 150 nafar ayol tasodifiy tanlandi. Ayollarni premenopauza, perimenopauza va postmenopauza davrlariga ajratish uchun esa, ayollar reproduktiv tizimi qarish bosqichlarini aniqlash (The Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW+10) shkalasidan foydalanildi. Bu tadqiqotda demografik ko'rsatkichlar (yosh, farzandlar soni, hayzning boshlangan yoshi, kasbi, oilaviy holati, ma'lumoti, sport bilan shug'ullanish holati, kofe iste'mol qilishi odati, tana vazni indeksi, gipertenziya va qandli diabet bilan kasallanishi) dan foydalanildi. Menopauzal simptomlarni aniqlash uchun esa, menopauzani baholash shkalasidan foydalanildi. Olingan ma'lumotlarni analiz qilish SPSS programma-

si orqali amalga oshirildi va barcha analizlar uchun farqlanish darajasi $p < 0.05$ ni tashkil qildi.

Natijalar: Ushbu tadqiqotda 42-56 yosh oralig'idagi 150 nafar ayol qatnashdi. Ayollarning o'rtacha yoshi $50,58 \pm 5,65$ yoshni va o'rtacha farzandlar soni $3,4 \pm 1,07$ tani tashkil qilishi bilan birga ayollarning o'rtacha menarxe yoshi esa $13,16 \pm 0,95$ yoshdir. Tadqiqotda qatnashgan ayollarning ko'pchiligi ya'ni 92 (61,3%)i ishlashi va qolgan 58 (38,7%) ayollar esa uy bekasi ekanligi aniqlandi. Ko'rikdan o'tkazilgan ayollarning juda kam qismigina o'rta ma'lumotga 19 (12,7%)i ega, va asosiy qismini esa o'rta-maxsus ma'lumotga 82 (54,7%) ega ayollar tashkil qilib, shuningdek, 49 (32,6%) ayollar oliy ma'lumotli hisoblanishmoqda. Agarda ularning hayot tarziga e'tibor berilsa, sport bilan shug'ullanuvchi ayollar atiga, 27 (18%) ni tashkil qilishini ko'rishimiz mumkin, va lekin zararli odat deb hisoblanuvchi kofe iste'moli, 112 (74,7%)ni egallayotgani yaqqol ko'rinib turibdi. Ayollarning salomatlik holati nuqtai nazaridan qaraydigan bo'lsak, ularning 38 (25,3%)i qandli diabet va 55 (36,7%)ida gipertenziya kasalligi kuzatilgan va ularning faqatgina 25 (16,7%) igina normal tana vazniga ega bo'lib, qolgan ayollarda ortiqcha tana vazniga ega ekanligini kuzatishimiz mumkin. Ayollarning menopauzal holati tarafidan ko'rib chiqadigan bo'lsak, ularning 43 (28,9%)i premenopauza davridaligi, 50 (33,3%)i perimenopauza davrida va 57 (37,7%)i postmenopauza davridaligini bilib olishimiz mumkin.

Ayollar orasida sezilarli va o'rtacha ifodalanuvchi simptom uyqusizlik 52 (34,7%) bo'lib, xotira yomonlashuvi 39 (26%) nigina egallab turibdi. Isib ketish va terlash simptomlari 34% ni tashkil qilgan. Ko'pchilik ayollarda klimaks davri boshlanganda, ular bir necha menopauzal simptomlarning kuzatilishiga shikoyat qilishgan. Perimenopauza davridagi ayollarning asosiy shikoyatlari uyqusizlik bo'lsa, premenopauza davridagi ayollarda ko'proq asabiylashish kuzatilgani ayon bo'ldi.

Xulosa: Ushbu tadqiqot 42-56 yosh oralig'idagi ayollarda klimakterik simptomlarning uchrash ko'rsatkichlari haqida atroflicha ma'lumot berdi. Menopauzal simptomlar asosan peri va post menopauza davrida yaqqol namoyon bo'ladi. Postmenopauza davridagi ayollarni davolashda albatta ulardagi gipertenziya, qandli diabet va semizlikni e'tiborga olish kerak. Shu jumladan, aytishimiz mumkinki, ayollarga faqatgina menarxe va uning qanday bo'lishi haqidagina emas balkim menopauzal o'tish davri haqida ham ma'lumotlar berish zarurdir. Bu tadqiqot tibbiyot xodimlari uchun judayam muhim ma'lumotlar berdiki, ya'ni postmenopauza davridagi ayollarning hayot sifatini yaxshilash uchun ham ma'lum bir dasturlarni amalga oshirishga ham ehtiyojimiz bor ekan.

EFFECTIVENESS OF THE PREOPERATIVE CARE PROTOCOL IN POSTOPERATIVE OUTCOMES

Rasulov K.X., Turdialiyev Sh.B.

Alfraganus University, Tashkent, Uzbekistan; Tashkent pediatric medical institute

Introduction Elective surgery is a common practice in modern medicine and typically involves procedures that are scheduled in advance. Preoperative care is an essential aspect of elective surgery that can significantly impact patient outcomes. Preoperative care gives surgeons and other specialists as much as enough time to reduce risks for surgery and anesthesia.

Aim: Discuss the most important steps in preoperative patient care. Creation of individual plans for the preparation of patients according to various criteria for assessing the state of readiness of the body for anesthesia and surgery.

Materials and methods:

1. Assessment and Preparation

The preoperative assessment involves a comprehensive evaluation of the patient's medical history, physical condition, and any medications or supplements they are taking. Patient's medical history should contain Lab test results (CBC, liver and kidneys function-

<i>Содержание</i>	
<i>I. JARROHLIKNING DOLZARB MUAMMOLARI VA RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI</i>	<i>3</i>
<i>Абилов С.Б., Нормаматов Б.П. СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	<i>3</i>
<i>Абдуазизова Н.Х, Алиева К.К., Ташпулатова М.М., Абдураззокова Д.С. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	<i>3</i>
<i>Аллазаров У.А., Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Акбаров М.М. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ</i>	<i>4</i>
<i>Абдумавлонов М.А., Фозилов Ш.Ш. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ</i>	<i>5</i>
<i>Абилов С.Б., Нормаматов Б.П. СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	<i>6</i>
<i>Абдуазизова Н.Х, Алиева К.К., Ташпулатова М.М., Абдураззокова Д.С. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	<i>7</i>
<i>Абдиназарова И.С., Атаханова Н.Э, Турсунова Н.И. БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИДА ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ</i>	<i>8</i>
<i>Абдуганиева М.З., Хурсанов Ё.Э. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</i>	<i>9</i>
<i>Ачилова Г.Т, Кариев Г.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>9</i>
<i>Ачилова Г.Т, Кариев Г.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>10</i>
<i>Аббосова С.Р., Умедов Х.А. РОЛЬ И МЕСТО ГЕПОТЕКА - ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ОБОЖЖЕННЫХ</i>	<i>11</i>
<i>Бобожонов О.Х., Сахибоев Д.П. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА</i>	<i>12</i>
<i>Боймуродов Ш.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТОД СУКАЧЕВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	<i>13</i>
<i>Гаффаров Ё.Н., Хурсанов Ё.Э. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ</i>	<i>14</i>
<i>Джалалова Н.А., Азимова А.А., Атамухамедова Д.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У БЕРЕМЕННЫХ</i>	<i>15</i>
<i>Зокирова Э.З., Умедов Х.А. ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ</i>	<i>16</i>
<i>Исмаилов У.С., Абдурахманов Ш.Ш., Акбаров М.М., Мадатов К.А. ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</i>	<i>16</i>
<i>Исмаилов У.С., Шарапов А.Н., Мадатов К.А., Акбаров М.М. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА</i>	<i>17</i>
<i>Камилов Ж.Д., Бобоева З.Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ ПРИ РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	<i>18</i>
<i>Кураматов.Ш.Ю., Махмудов Н.И. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ</i>	<i>19</i>
<i>Мизамов Ф.О., Файзуллаев О.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ</i>	<i>21</i>
<i>Муфтайдинова Ш.К., Муминова З.А., Абдуллажонова М.У. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ</i>	<i>22</i>
<i>Муртозаев Д.М., Сахибоев Д.П., Алиджанов Х.К. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ</i>	<i>23</i>

Хайдаров Н. С., Сайдалиев С.С., ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ	44
Хужабаев С.Т., Шакулов А.М. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	45
Хамраева Н.М., Умедов Х.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ	46
Хужабаев С.Т., Мукумбаев Д.Ш. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЗАКРЫТИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И МЕТОДОВ УСТАНОВКИ ПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	47
Хужабаев С.Т., Шакулов А.М. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	47
Халиков С.П., Сахибоев Д.П., Хусинов Д.О., Рахмонов У.Р., Эшкузиев М.Ш. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТАРР) ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	48
Ходжаева Д.Н. Мухаммадова М.Б. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ И ИЗУЧЕНИЕ ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ	49
Халилов М.М., Хакимов Э.А. ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛНЫХ С ОЖОГОВЫМ СЕПСИСОМ	50
Шодмонова Г.А., Саттаров А.Х. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	51
Шомов В.Т., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ ВИТАМИНА D В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ	52
Шомов В. Т., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И ЭНДОМЕТРИОЗ	53
Шарапов А.Н., Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Матмуратов С.К. ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	54
Эшонходжаев О.Д., Ачкасов Е.Е., Усманходжаева А.А. Дёмин Н.А., Шишкин А.А. РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕНЗОДИНАМОМЕТРИИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	55
Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А., Маткурбонов Н.О. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ - ВЕЙССА	55
Хужабаев С.Т., Мукумбаев Д.Ш. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ	56
Худоёрва А.Ф. СТАТИСТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЭПУЛИСАМИ	57
Юсупбеков А.А. ¹ , Усманов Б.Б. ² , Хамидов Х.Х. HELICOBACTERYLORII АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	59
Махмудов Н.И., Сирожиддинов У.К., Ортиков А.Б. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ	60
Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Акбаров М.М., Исмаилов М.У., Аллазаров У.А. ЦЕННОСТЬ ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЖЕЛНОКАМЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	60
Худойназаров Г.З., Мустафакулов И.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ	61
Avlonazarov Kh.A., Irnazarov A.A., Sakhbayev D.P. THE ROLE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA	62

<i>Asilova S.U., Mirzayev A.B. SHORT-TERM RESULTS OF CORE DECOMPRESSION OF POST-COVID FEMORAL HEAD ASEPTIC NECROSIS</i>	63
<i>Abdullyeva L.M., Soliyeva X.A. SEMIZLIK BOR AYOLLARDA PREGRAVIDAR CHORA - TADBIRLARNI TAKOMILLSHTIRISH</i>	64
<i>Gufnan Ali ACTUAL PROBLEMS AND PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF SURGERY</i>	65
<i>Gaybullayeva D.F., Abdumannonova N.Z., Vosikova K.A. OUTCOME OF PREGNANCY AND BIRTH IN WOMEN WITH THYROID DISEASES</i>	65
<i>Kadirova M.A., Baxritdinova F.A. DMC KLINIKASIDA MIOPIYANI BOSHQARISH UCHUN YUMSHOQ BIFOKAL DEFOKUSLI LINZALARDAN FOYDALANISH TAJRIBASI</i>	66
<i>Mamirova M.U., Abdullaeva L.M. THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS TYPES OF CONTRACEPTIVES FOR UTERINE FIBROIDS</i>	67
<i>Mirzaev B.B. Xaydarov N.S., Sotvoldiev R. Xolmatova Yo.N., Kadirova G.R. BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFLAKTIKASIDA LAPORASKOPIK YONDASHUV.</i>	68
<i>Minavarxo'ajayev R.R. IMPROVEMENT OF THE EXPERIMENTAL MODEL IN THE ASSESSMENT OF SOFT TISSUE DAMAGE IN ACUTE LEG ISCHEMIA</i>	69
<i>Nasirova D.Y., Saidjalilova D.D. HOMILA GEMOLITIK KASALLIGI PROFILAKTIKASI VA NOINVAZIV DIAGNOSTIKASI</i>	70
<i>Qulmatov G'O., Satliqov R.K. SIYDIKAJRATISHTIZIMIKASALLIKLARIQO'ZG'ATUVCHILARINING MIKROBIOLOGIK XUSUSIYATLARI</i>	71
<i>Qarshiyeva Sh.M., Muminova Z.A. AYOLLARDA MENOPAUZA KECHISHINING XUSUSIYATLARI</i>	72
<i>Rasulov K.X., Turdaliyev Sh.B. EFFECTIVENESS OF THE PREOPERATIVE CARE PROTOCOL IN POSTOPERATIVE OUTCOMES</i>	73
<i>Teshaev N.B., Rakhimov A.F., Karimov E.T. AIR MEDICAL EVACUATION IN LOCAL CONFLICTS OF THE LAST DECADES</i>	74
<i>Tillayeva M.A. SEMIZLIK VA MENSTRUAL SIKL BUZILISHLARINING O'ZARO BOG'LIQLIKLARI</i>	75
<i>Tolmasov R.T. MORPHOLOGICAL CHANGES OF GASTRIC WALLS DURING POSTNATAL ONTOGENESIS WHEN FEEDING ON PALM OIL</i>	76
<i>Xaydarov N.S., Xojiev X.M., Begijonov B.Q., Normatov U.E. To'ychiev B.A. QIZ BOLALARDA O'TKIR GENIKOLOGIK KASALLIKLARDAN KEYINGI QORIN BO'SHLIG'I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFILAKTIKASIDA LAPORASKOPIK YONDASHUV</i>	77
<i>Yusupalieva G., Shamansurova I. THE RESULTS OF ULTRASOUND EXAMINATION OF PREGNANT WOMEN FOR DETECTING CARDIAC PATHOLOGY IN THE FETUS</i>	78
<i>Zokhirov A.R. ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN PREGNANT WOMEN</i>	79
<i>Zokhirov A.R. SURGICAL PRINCIPLES FOR THE TREATMENT OF LARYNGOTRACHEAL STENOSES</i>	80
<i>Zokhirov A.R. THE USE AND OUTCOME OF SCLEROTHERAPY FOR VARICOSE VEINS</i>	81
<i>II.TERAPIYANING DOLZARB MUAMMOLARI VA RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI</i>	83
<i>Аграновский М.Л. , А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмудов ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА</i>	83
<i>Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Матчанов С.Х. ТИЗЗА БУФИМЛАРИНИНГ ЭРТА ОСТЕОАРТРИТИ ВА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР</i>	84
<i>Абдурахимов А.Г., Халметова Ф.И. ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ</i>	85
<i>Авезова Г.С. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГЕМОПРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ У ДЕТЕЙ</i>	86