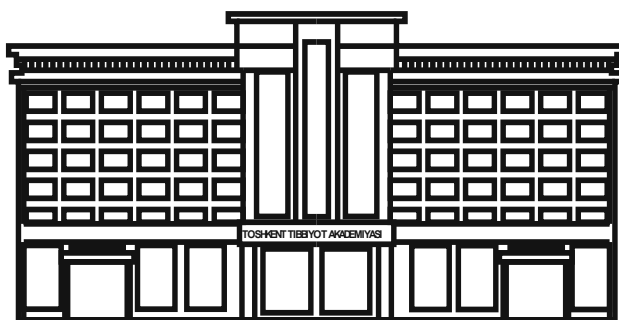


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2020 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



ВЕСТНИК ТМА СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 2020

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. Л. Н. Туйчиев

Заместитель главного редактора

проф. О. Р. Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф. Х. Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А. Л.

проф. Билалов Э. Н.

проф. Гадаев А. Г.

акад. Даминов Т. А.

акад. Каримов Ш. И.

проф. Комилов Х. П.

акад. Курбанов Р. Д.

проф. Мавлянов И. Р.

акад. Назыров Ф. Г.

проф. Нажмутдинова Д. К.

акад. Соатов Т. С.

проф. Ходжибеков М. Х.

проф. Шайхова Г. И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф. О. (Ташкент)

проф. Аллаева М. Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р. М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф. М. (Ташкент)

проф. Гиясов З. А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б. У. (Ташкент)

проф. Каримов М. Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У. К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р. И. (Ташкент)

проф. Охунов А. О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н. Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г. С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М. З. (Ташкент)

проф. Сабиров У. Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р. А. (Ташкент)

проф. Халиков П. Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А. А. (Ташкент)

проф. Холматова Б. Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б. Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н. Х. (Ташкент)

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О. А. Козлова

Редактор узбекского текста: М. Г. Файзиева

Редактор английского текста: Х. А. Расулова

Редактор-дизайнер: Ш. П. Аширова

С. Э. Тураева

Компьютерная корректура: З. Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати

и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013 года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми

правилами, просим направлять по адресу:

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА, 4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

HERALD TMA SPECIAL EDITION 2020

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. L. N. Tuychiev

Deputy Chief Editor

prof. O. R. Teshaeв

Responsible secretary

prof. F. Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A. L.

prof. Bilalov E. N.

prof. Gadaev A. G.

academician Daminov T. A.

academician Karimov Sh. I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R. D.

prof. Mavlyanov I. R.

academician Nazyroв F. G.

prof. Najmutdinova D. K.

academician Soatov T. C.

prof. Khodjibekov M. X.

prof. Shaykhova G. I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F. O. (Tashkent)

prof. Allaeva M. D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R. M. (Bukhara)

prof. Ayupova F. M. (Tashkent)

prof. Giyasov Z. A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B. U. (Tashkent)

prof. Karimov M. Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U. K. (Tashkent)

prof. Israilov R. I. (Tashkent)

prof. Okhunov A. A. (Tashkent)

prof. Parpieva N. N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G. S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M. Z.
(Tashkent)

prof. Sabirov U. Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R. A. (Tashkent)

prof. Khalikov P. Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A. A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B. T. (Tashkent)

prof. Shagazatova B. X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N. Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent Medical
Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M. N. Aslonov

Russian language editor: O. A. Kozlova

Uzbek language editor: M. G. Fayzieva

English language editor: X. Rasulova

Designer - editor: Sh. P. Ashirova

S. E. Turayeva

Corrector: Z. T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information department of
Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences department of Supreme Attestation
Commission

Completed manuscripts please send following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.

Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,

4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71-214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9. 75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Секция медицинской профилактики

СУВНИ РАДИОЛОГИК САНИТАРИЯ ВА РАДИОЛОГИК ЖИХАТДАН ХАВФСИЗЛИГИ

Абдусаттаров Ф.Ф., Тошматова Г.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Сув инсон ҳаёти учун зарур бўлган энг муҳим табиий ресурс ҳисобланади. Сув нафақат инсоннинг яшаш тарзини, балки атроф-муҳитнинг ҳам ўзига хос кўринишда бўлишини белгиловчи асосий омиллардан биридир. Ер юзини 71% сув (океан, денгиз, қўл, дарё ва музликлар) билан қопланган. Ер юзидаги сувларнинг катта қисми (97.54%) дунё океанлари эгаллайди. Бу – шўр сув бўлиб ичимлик ва қишлоқ хўжалигида ишлатишга яроқсиз ҳисобланади. Чучук сув Ер юзидаги сувларнинг жуда оз қисмини ташкил этади. Чучук сувнинг эса асосий қисми музликларда 1.81% ва Ер ости сувлари, 0.63% ва катта бўлмаган 0.009% и дарё ва қўллар сувлари ташкил қилади.

Бугунги кунда дунё аҳолиси ичимлик сувига бўлган эҳтиёжларини турли манбалар (ер усти - қўл, дарё ва ер ости - грунт, артезиан ҳамда булоқлар)дан олинадиган сувлар орқали қондирмоқда. Бу манбалардан ичимлик суви шахарлар аҳолисига марказлашган сув қувурлари орқали етказилса, кичик қишлоқлар, посёлкаларни ичимлик суви билан таъминлашда шахта қудуқлари, парма-қувур қудуқлари, оддий қудуқлар, булоқли каптажлар (яъни булоқни ўраб турадиган иншоотлари) ёрдамида бажарилади.

Ўзбекистон Республикасида чучук сув манбалари сифатида ер усти ҳамда ер ости сувларидан фойдаланилади. Хусусан мамлакатимизда 69 та шахар, 335 та посёлка ва 2902 та қишлоқ аҳоли пунктлари аҳолисининг эҳтиёжлари ер ости сув захиралар ҳисобига қондирилмоқда. Ичимлик суви кимёвий жихатдан зарарсиз, эпидемиологик ва радиологик жихатдан хавфсиз бўлиши аҳоли саломатлиги учун жуда муҳимдир. Табиатдаги сувларнинг радиоактивлиги, улар таркибидаги ^{234}U , ^{238}U , ^{226}Ra , ^{228}Ra , ^{224}Ra , ^{222}Rn , ^{220}Rn , ^{40}K радионуклеидларига боғлиқ.

Узоқ муддат радиация таъсирида, мисол учун агар нурланиш дозаси 100 mSv дан юқори бўлган, тарбида радионуклеид сақлаган сувни узоқ муддат истемол қилган инсонда рак билан касалланиш хавфи ошиши исботланган.

Республикамиз бошқа жойлари каби Тошкент вилоятида ҳам юқорида санаб ўтилган ер ости ва ер усти сув манбаларидан фойдаланилади. Булар орасида ер ости сув манбалари ер усти сув манбаларига нисбатан кўпроқ қўлланилади. Тошкент вилояти Бўстонлик, Ангрен ва бошқа туманларида сувларини ифлослантириш мумкин бўлган эски уран конлари ва радиоактив чиқиндиларни қўмиладиган худудлар мавжуд. “Ичимлик суви хавфсизлик концепсияси”га асосан шу худудлардаги сув таркибидаги табиий ва сунъий радионуклеидлар миқдорини ўрганиш, сув манбаларида табиий ва сунъий радиоактив моддалар орқали вужудга келиши мумкин бўлган нурланиш хавфини профилактик назорат қилиш, сув манбаларини радиоактив моддалар билан ифлосланишига қарши қаратилган чора тадбирлар ўз вақтида ишлаб чиқиш амалда қўллашга имкон беради.

Тадқиқот объекти: Тошкент вилояти Ангрен, Чирчиқ ва Олмалиқ туманларидаги ер ости ва ер усти сув манбаларини спектрометр текширувдан ўтказилди. Тадқиқот учун олинган намуналар таҳлили Тошкент вилояти Давлат Санитария Эпидемиология Назорати Маркази Радиацион Гигиена лабораториясида ўтказилди. Текширув Спектрометр МКС 1513 ва бетка анализаторда умумий активлиги ва Cs-137, Ra-226, Th-232 ва Sr-90 радионуклеидлари активлиги аниқланди. Ҳамда сўнгги беш йиллик таҳлил натижалари ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Тошкент вилояти Олмалиқ туманидан ўтувчи Ангрен дарёсидан олинган намуналарда сувнинг умумий гамма, бетта активлиги 0.59-0.62 Бк/л да эканлиги ва радионуклеидлар таркиби куйидагича ^{137}Cs 0.15-0.17Бк/л, ^{90}Sr 0.059-0.073Бк/л, ^{226}Ra 0.37-0.38Бк/л ва ^{232}Th 0.23-0.26Бк/л эканлиги аниқланди.

Тошкент вилояти Чирчиқ туманидан олинган намунада эса умумий гамма бетта активлиги 0.65-0.73Бк/л радионуклеидлар таркиби куйидагича ^{137}Cs 0.12-0.16 Бк/л, ^{90}Sr 0.05-0.07Бк/л, ^{226}Ra 0.41-0.48Бк/л ва ^{232}Th 0.25-0.3Бк/л эканлиги аниқланди.

Тошкент вилояти Ангрен шаҳри худудида жойлашган Дукентсой дарёсидан олинган намуналарда бу кўрсаткичлар бир мунча юқори активлиги 0.59-0.75 Бк/л да эканлиги ва радионуклеидлар таркиби куйидагича ^{137}Cs 0.25-0.27 Бк/л, ^{90}Sr 0.07-0.1Бк/л, ^{226}Ra 0.47-0.48Бк/л ва ^{232}Th 0.33-0.40Бк/л эканлиги аниқланди. Бу дарёдан ичимлик суви учун манба сифатида фойдаланилади. Тозалаш иншооти типик лойиҳа асосида қурилган. Даврий текширишлар мобайнида тозалаш иншоатидан олинган намунада умумий бетта активлик 0.95 Бк/л лиги аниқланди. СанҚваМ 0193-06 “НОРМЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (НРБ-2006) И ОСНОВНЫЕ САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ” га биноан сувнинг умумий бетта активлиги 1 Бк/л да ортмаслиги керак. Тошкент вилояти ДСЭНМи радиацион гигиена бўлими ходимлари томонидан тезкорлик билан ичимлик сувида бундай радиоактивликни юқори бўлишини сабаблари ўрганилди. Натижада маълум бўлдики ичимлик сувини аҳолига тарқатишдан аввал бир неча босқичли тозалаш иншоати (фильтр)ни назоратдан ўтказилганда сув тозалаш учун фойдаланилаётган тошлар сабабли сувнинг умумий бетта активлик юқори бўлаётгани аниқланди. Ичимлик сувини тозалаш учун фойдаланилаётган тошларни тезкорлик билан алмаштиришга тавсия берилди. Тошлар алмаштирилгандан сўнг сувдаги умумий активлик 0.61 Бк/л гача қамайди. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки Ичимлик суви сифатини санитар эпидемиологик хавфсизлиги жихатдан доимий равишда Давлат санитария эпидемиология осойишталиги агентлиги томонидан олиб борилади.

САЛЬМОНЕЛЛЭЗЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗОТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Алимов С.М., Саидқасимова Н.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Сальмонеллэзлар халқ хўжалигининг ва соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим муаммоларидан биридир. «Цивилизация касаллиги» номини олган сальмонеллэзлар дунё бўйича жуда кенг тарқалган ва ҳозирда ҳеч бир мамлакат бу касалликни

бартираф этиш тўғрисида эмас, балки касалланишни камайтириш тўғрисида бош қотирмоқда. Чорва ва чорва маҳсулотлари, ем маҳсулотларини халқаро савдо-сотиғини кенгайтириш, чегараланган ҳудудда чорва жон боши ортиши, атроф муҳит ўзгариши ва унинг оқибатида сальмонелла ҳусусиятларининг ўзгариши, замонавий сўйиш усулларининг киритилиши сальмонеллез тарқалишининг асосий омилли ҳисобланади. Сальмонеллез ёш ҳайвонларнинг ошқозон-ичак касаллиги бўлиб, барча ҳайвонлар учун хосдир. Чунончи, қўзғатувчилар бузоқлар учун *Salmonella dyblin*, *sal.rostok*, *sal.typhimurim*, чўчқа болалари учун *Sal.cholera suis*, *Sal.typhisuis*, қўзилар учун эса *Sal.abortus ovis* характерлидир, қулунларда *Sal.abortus egvui*, товуқларда *Sal.gallinarum* касаллик сабаблари бўлиб ҳисобланади. Ёш моллар касалликлари жуда кўп мамлакатларда кенг тарқалган. Улар асосан юқумли касалликлар бўлиб, пастереллез, сальмонеллез, колибактериоз ва уларнинг аралаш ҳолда учраши катта аҳамиятга эгадир. Шунинг учун ҳам бу касалликларни вақтида аниқлаш, яъни туғри ташхис қўйиш уларнинг даволаш ва олдини олишда жуда муҳим ўрин тутди.

Ҳозирги кунда дунё миқёсида чорва ҳайвонлари бактериал касалликларининг тарқалиши 16,2 фоизни, шундан аралаш бактериал касалликлар 10,9 фоизни ташкил этади. XX асрнинг 90-йилларда Ўзбекистонда юз берган сиёсий, ижтимоий ва иқтисодий ўзгаришлар сабабли озик-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқаришда ва сотишда сезиларли ўзгаришлар юзага келди. Кўпчилик умумий овқатланиш ва савдо корхоналари хусусий мулкка айлантилди. Бир вақтнинг ўзида санитария-эпидемиология хизмат тизимини ислоҳ қилиш ишлари бошланиб, назорат объектларини текширишлар сони ва ташқи муҳит объектларидан микробиологик текширишлар учун намуна олишлар кескин чекланди. Жамиятнинг ижтимоий соҳасидаги бундай ўзгаришлар сальмонеллез касаллигининг эпидемик жараёнига таъсир ўтказмасдан қолмайди. Чорвачилик ва паррандачилик хўжаликларининг хусусийлаштирилиши, чорва маҳсулотларини тайёрлаш, сақлаш ва сотиш жараёнларининг ўзгариши сальмонеллезлар эпизоотик жараёнининг ўзгаришига сабаб бўлади. Шунинг учун ҳам сальмонеллезларнинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва уларнинг эпидемиологик назоратини такомиллаштириш ҳозирги куннинг долзарб муаммоларидан биридир.

Сальмонелла эпидемиологиясининг интенсив ўрганилиши, 2 турдаги эпидемик процесс мавжудлигини тасдиқловчи ишонарли маълумотларнинг қўлга киритилишига сабаб бўлди. Улар “зооноз” ва “антропоноз” эпидемик процесслар бўлиб, мос равишда *S.enteritidis* сальмонеллезлари ва *S.typhimurium* сальмонеллезлари устувор бўлади. Юқоридагиларнинг намоён бўлиши ҳам юқори даражада фарқ қилади. Биринчи тип, сальмонелларнинг зооноз штаммлари циркуляцияси эвазига асосланган бўлиб, инфекциянинг асосан овқат йўли билан касалланган ҳайвондан тарқалиши билан ҳарактерланади. Иккинчиси сальмонелларнинг ўзига ҳос биологик тури – атропоноз штаммларга асосланган. Улар инсон организмга мослашган ва инсондан инсонга асосан маиший йўл билан тарқалиш хусусиятига эга. Ўтган асрнинг 80-йиллари бошидан дунёнинг турли мамлакатларида 70-йилларда устувор бўлган “антропоноз” сальмонеллез эпидемик процессининг “зооноз” типига ўзгариши кузатилди ва ҳозирги кунга қадар у устувор бўлиб қолди. ЖССТнинг 1991-йилдаги маълумотида кўра, 1989-йилда дунёнинг турли минтақаларида жойлашган 24-давлат бир вақтнинг ўзида сальмонеллез сонининг кескин ортгани ҳақида хабар берган. Бу эса инфекциянинг пандемияси бошланганидан далолат беради. 1988-йилда Ўзбекистоннинг аксарият туманларида сальмонеллезнинг этиологик структурасида *S. enteritidis* орта бошлади. [Жўраев Н.Б.] Тошкент вилоятида қўзғатувчи популяциясининг ўзгариши 1987-йилда бошланди ва натижада 1993-йилда *S. enteritidis* келтириб чиқарган сальмонеллезлар устуворлик қилди, сальмонеллез билан касалланиш 1,6 маротаба ошди. 1982-1999 йилларда касалланиш интенсив кўрсаткичи 100.000 аҳолига 43,1 ни ташкил этди. Ҳозирда Ўзбекистонда сальмонеллезлар билан касалланишга пайсаний тенденцияси хос бўлиб, касалланиш кўрсаткичи 1991 йилда 34,12 бўлган бўлса, 2017 йилда бу кўрсаткич 2,3 ни ташкил қилган. Мамлакатдаги сальмонеллез касаллиги бўйича ўртача кўрсаткичларнинг сезиларли даражада ортиши кузатилмоқда (1,5-2мартга) 1991-2017-йилларда Ўзбекистоннинг қуйидаги субъектларида: Қорақалпоғистон республикаси (100 минг аҳолига 8,5 та), Хоразм (6,6), Фарғона вилояти (21,9), Тошкент вилояти (21,54), Сирдарё вилояти (10,5), Сурхандарё вилояти (5,8), Самарқанд (4,9), Наманган (7,2), Навоий (5,3) Қашқадарё вилояти (6,7), Жиззах вилояти (7), Бухоро вилояти (5,09), Андижон вилояти (11,0), Тошкент шаҳри (37,32) ни ташкил этди. Қўзғатувчининг асосий юқиш йўли аввалгидек озик-овқат йўли бўлиб қолмоқда, устунлик қилувчи юқиш фактори – товуқ гўшти ва тухум маҳсулотларидир. Ҳозирги замон шароитларида турли ҳил давлатларда сальмонеллез билан касалланган одамлар сони узлуксиз ортмоқда. ЖССТ экспертларининг таъкидлашича сальмонеллез бутун дунё мамлакатлари учун ҳақиқий ёки потенциал муаммо ҳисобланади. Сальмонеллезлар етказган ижтимоий-иқтисодий зарар етарлича. Аммо мутахассислар фикрига кўра эпидемиологик назорат тизими яхши йўлга қўйилган давлатларда ҳам сальмонеллез тарқалиши ҳақидаги маълумотлар реал ҳолатнинг бир қисминигина акс этади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Алматова У.А., Бобаева И.У., Неъматова Н.Ў.

Ташкентская медицинская академия

Общеизвестно, что в настоящее время ВИЧ-инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека, стала глобальной проблемой для всех стран мира. По данным ЮНЭЙДС и ВОЗ эпидемия ВИЧ-инфекции в мире стабилизировалось, на очень высокий уровень. ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения.

По данным Информационного бюллетеня ЮНЭЙДС (2017 г.) в 2016 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 36,7 (30,8–42,9) миллиона человек.

В настоящее время пандемия ВИЧ инфекции является самой большой трагедией человечества. Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться в Республике Узбекистан и находится на второй – концентрированной стадии своего развития.

Материалом для исследования послужили отчетные данные республиканских и региональных центров по борьбе со СПИДом о заболеваемости ВИЧ инфекцией и результаты тестирования на ВИЧ инфекцию в диагностических лабораториях.

В работе были использованы эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты: 2018 года, в Республике Узбекистан зарегистрировано 37872 человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, а в 2017 году было выявлено 4025 случаев, что на 34 случая, (1%) больше, чем в 2018 году.

Наиболее высокие показатели у лиц, живущих с ВИЧ - инфекцией на 01.01.2018 год были зарегистрированы в следующих административных территориях: в г.Ташкенте - 1130 лиц, Андижанской области - 5605 лиц, Ташкентской области - 5739 лиц, Самаркандской - 3441, Ферганской - 2864, Сурхандарьинской - 1813, Кашкадарьинской - 1285, Хорезмской - 1119, Навоинской области - 339 лиц.

По сравнению с 2017 годом в 2018 году заболеваемость увеличилось в следующих административных территориях: Ташкентской области на 450 лиц, Андижанской области на 411, Ташкентской - 291, Самаркандской - 292, Ферганской - 176, Сурхандарьинской - 73, Кашкадарьинской - 106, Хорезмской - 168, Навоинской области на 45 лиц.

Всего по республике за 2017 год среди новобрачных заболеваемость составила 302 случая, а в 2018 году – 335 случаев, отмечается повышение заболеваемости на 33 случая.

Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди медицинских работников по сравнению с истекшим периодом прошлого года, увеличилась на 8 случаев, если за 2017 год ВИЧ-инфекция выявлена у 24 медицинских работников, то за 2018 год этот показатель составил 33 случая.

В 2017 году половой путь передачи составлял 2796 случаев (69,5%), а в 2018 году половой путь передачи вырос до 2820 случаев (72,9%), то есть половой путь передачи вырос в 3,4 раза.

Последние годы в результате проведения профилактических мероприятий среди беременных по республике значительно снизился вертикальный путь передачи, т.е. передача ВИЧ-инфекции от ВИЧ-инфицированных матерей к новорожденным. Вертикальный путь передачи в: 2017 году составил 0,3%, а в 2018 году 0,1%

Вышеуказанные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией уязвимых групп, требуют усиления профилактических мероприятий, проведение санитарно просветительных работ и увеличение охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию указанных контингентов.

Заключение. Таким образом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией распределена неравномерно по административным территориям Республики Узбекистан. Данное явление объясняется сроком давности вовлечения в её эпидемический процесс, социально-демографической характеристикой, плотностью населения, степенью урбанизации, близостью к наркотрафику конкретной территории, уровнем вовлеченности в миграционный процесс молодежью и многими другими обстоятельствами.

ЦЕМЕНТ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ЖАРАЁНИДАГИ ЗАРАРЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ ИШЛОВЧИЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

Астанакулов Д.Й., Эркинжон З.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқотнинг долзарблиги: ишловчилар ишлаб чиқариш муҳитида амалга ошириладиган меҳнат фаолияти жараёнида у ёки бу саноатнинг ишлаб чиқариш соҳасида маълум бир шароитда бевосита ёки билвосита саломатлигига путур етказувчи зарарли омиллар таъсири остида бўладилар. Юқори даражада ноқулай меҳнат шароити ва салбий таъсир этувчи зарарли ишлаб чиқариш омиллари етакчи қурилиш материалларидан бири бўлган цемент ишлаб чиқарувчи корхоналарида кузатилади. Бундай омилларга ҳавонинг чангланиши, турли хил газлар билан ифлосланиши ва шовқин кабилари киритиш мумкин.

Цемент ишлаб чиқариш жараёнида юзага келадиган зарарли ишлаб чиқариш омиллари, шумингдек, ижтимоий-маиший, ижтимоий-гигиеник шароитлар ва ишловчиларни соғлом турмуш тарзига амал қилишлари каби омиллар ишловчилар орасида касалланиш ва вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотишга доир касалликларни вужудга келишига олиб келади. Адабиётлардан олинган маълумотларга кўра цемент ишлаб чиқариш корхоналарида юқори даражадаги чангланиш ва шовқин остида ишловчилар орасида нафас аъзолари касалликлари (26,8%), қон айланиш тизими касалликлари (38,2%), айниқса, майдалаш ва хом ашёни қуриштириш, қиздириш цехларида юқори эканлиги аниқланган.

Ушбу ишловчилар саломатлигини характерловчи кўрсаткичларни ҳар томонлама комплекс ўрганиш улар саломатлигини мустақамлашга қаратилган чора-тадбирлар ишлаб чиқишга асос бўлади.

Тадқиқотнинг мақсади: «КУВАСАЙЦЕМЕНТ» АЖ цемент ишлаб чиқариш корхонаси ишловчиларининг касалланиши ва уларни вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотишига таъсир этувчи зарарли ишлаб чиқариш омилларни комплекс ўрганиш ва иш жойларини гигиеник баҳолаш.

Тадқиқот усуллари: тиббий-ижтимоий, санитар-гигиеник, статистик текшириш усулларида иборат.

Иш жойларидаги меҳнат шароити, зарарли ва хавfli омиллар умум қабул қилинган усуллар ёрдамида ўрганилди.

Уларга баҳо беришда мезон сифатида Ўз.Рес да 2003 йил 6 октябрида қабул қилинган №0141-03 рақамли СанҚваМ «Ишлаб чиқариш жараёнларини оғирлиги ва хавfli омиллар кўрсаткичларини гигиеник классификацияси» дан фойдаланилди.

Натижа: қуйидаги келтирилган маълумотларга кўра хом ашёни қайта ишлаш цехи иш жойларидаги ҳавонинг чангланиши жуда юқори бўлиб, у 9,6–12,7 мг/м³ ташкил этди. РЭМ га нисбатан 1,6 дан 2,1 марта кўп бўлиб, зарарлилик синфи бўйича 3,1 ташкил этди. Шовқин омили эса РЭД дан юқори 92 дБ дан 96 дБ га тенг эканлиги аниқланиб, РЭД га нисбатан 12дан 16 даража юқори бўлиб, зарарлилик синфи бўйича 3,2 дан иборат бўлди. Клинкерни майдаловчи цехлардаги иш жойларида ҳавонинг чангланиш жуда юқори бўлиб, унинг амалдаги миқдори 9,8-17,6 мг/м³ тенг ва РЭМ га нисбатан 1,6-3,0 марта юқори ҳамда зарарлилик синфи бўйича 3.1., 3.2. тўғри келди. Шовқин омили эса РЭД дан юқори 92 дБ дан 105 дБ га тенг эканлиги аниқланиб, РЭД га нисбатан 12дан 25 даража юқори бўлиб, зарарлилик синфи бўйича 3.1., 3.3. дан иборат бўлди. Клинкерни қуйдириш цехи иш жойларидаги чангланиш кўрсаткичи жуда юқори бўлиб, 9,6–12,6 мг/м³ ва РЭМ дан 1,6-2,1 марта юқори ни ташкил этди ҳамда зарарлилик синфи бўйича 3,1-3.2 га мос келди. Шовқин кўрсаткичи барча текширилган иш жойларида РЭД дан юқори бўлиб, даражаси бўйича 84 дБ 95 дБ ни ташкил этиб, зарарлилик синфи бўйича 3,2 га мос келди.

Хулоса: 1. Цемент ишлаб чиқариш корхонаси хом-ашёни қайта ишлаш, клинкерни майдалаш ва қуйдириш цехларининг иш жойларидаги зарарли ишлаб чиқариш омиллари ҳавонинг чангланиши, шовқин даражаси жуда юқоридир. 2. Хом ашёни қайта ишлаш, клинкерни майдалаш ва қуйдириш цехларидаги чанг бўйича зарарлилик синфи 3.1., 3.2 даражани, шовқин бўйича эса 3.1., 3.3. даражани ташкил этди. 3. Цемент ишлаб чиқариш корхонасининг хом ашёни қайта ишлаш, клинкерни майдалаш ва қуйдириш цехлари иш жойларидаги меҳнат шароити зарарли ҳисобланиб, касб касалликларини келтириб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ахмадалиева Н.О.

Ташкентская медицинская академия

Нами проведена ретроспективная оценка заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) профессорско-преподавательского состава (ППС) Ташкентской медицинской академии за период 2014-2018гг. Исследована заболеваемость ППС с ВУТ в двух группах работников вуза: 1 группа-основная- ППС; 2 группа – группа сравнения (контроль)- административно-технический персонал. Результаты исследования показали, что уровень заболеваемости ППС в течение всего периода исследований по классификации Ноткина Е.Л. (1979) был низким – от 8,2 до 15,4 на 100 работающих (в среднем $12,5 \pm 1,4$ на 100 работающих в год). При этом уровень заболеваемости женщин ежегодно был в 1,4-2,1 раз выше, чем у мужчин. В группе сравнения заболеваемость с ВУТ также была низкой и составляла от 10,5 до 18,7 (в среднем $14,8 \pm 1,6$) на 100 работающих.

Также нами изучена сравнительная структура заболеваний с ВУТ в основной группе и в группе сравнения ТМА. Структура заболеваний ППС ТМА занимает первое место болезни органов дыхания (35,3%), на втором – заболевания системы кровообращения (18,9%), на третьем – болезни костей и суставов (9,3%), на четвертом – болезни нервной системы (6,1%), на пятом – травмы (5,6%), на шестом - заболевания желудочно-кишечного тракта (3,0%). Эти группы болезней составляют 78% всех зарегистрированных заболеваний. В группе сравнения первые 6 мест в порядке значимости занимают: болезни органов дыхания (27,2%), болезни системы кровообращения (26,1%), травмы (11,4%), инфекционные заболевания (7,9%), болезни костей и суставов и заболевания моче-половой системы (по 6,8%), т.е. структура заболеваний в группе сравнения отличается от таковой в основной группе. При оценке значимости для заболеваемости с ВУТ стажа работы в ТМА у мужчин основной группы чаще всего болели лица со стажем работы 31год и более – 45,6% всех зарегистрированных больных; на втором месте – лица со стажем 11-20 лет (23,2%), на третьем – со стажем работы 21-30 лет, на четвертом – со стажем до 10 лет (15,2%). У женщин основной группы частота заболеваний практически не зависела от стажа работы: при стаже до 10 лет показатель составил 22,1%, 11-20 лет – 26,8%, 21-30 лет – 27,2%, 31 и более лет – 23,8% всех зарегистрированных больных. В группе сравнения чаще всего болели лица со стажем работы более 11-20 лет (до 48,5%), реже всего (4,5%) – со стажем более 30 лет.

Структура заболеваний основной группы связана тех болезней, для которых высокое нервно-психическое напряжение, характерное для работы ППС, является одним из важнейших факторов риска, а для уровня заболеваемости с ВУТ имеет значение стаж работы: чаще всего заболевания с ВУТ отмечены при стаже работы 30 и более лет. Таким образом, что структура заболеваний с ВУТ исследуемых группы связана с особенностями их труда.

ФАРҶОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ АСОСИЙ ОЗИҚ-ОВҚАТ МАҲСУЛОТАЛАРИ ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Ахмадходжаева М.М., Хақберидиев Х.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 18 декабрида 4063-сонли «Юқумли бўлмаган касалликларнинг профилактикасини, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолини жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори қабул қилинди. Ушбу қарорда эса аҳолининг турли қатламлари орасида ортиқча тана вазнини назорат қилиш билан биргаликда, соғлом овқатланиш ва жисмоний фаолликни оширишга қаратилган вазифаларни бажариш соҳа ходимлари зиммасига юклатилган.

Тадқиқот мақсади. Мактабгача таълим ёшидаги болаларнинг кунлик рациониди асосий озика маҳсулотлари миқдорини гигиеник таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот материал ва усуллари. Назорат остига Фарғона вилоятидаги 17-сон ҳамда 63-сонли мактабгача таълим муассасаларида тарбияланаётган 595 нафар (318 нафар ўғил ва 277 нафар қизлар) 3-7 ёшгача бўлган болалар олинди. Тадқиқотлар йилнинг қиш-баҳор ва ёз-куз мавсумларида олиб борилди. Кунлик таомнома СанМваҚ 0348-2017 асосида таҳлили қилинди.

Олинган натижаларнинг таҳлили. Мактабгача таълим муассасаларининг (МТМ) иш вақти 9-10 соатли тартибга режалаштирилган. Кунлик рациониди нон маҳсулотларининг миқдори меъёрий даражадан қиш-баҳор мавсумида 81,2-93,7%га, ёз-куз мавсумида эса 46,8-56,2%га ортиқчалиги, гўшт маҳсулотлари 20-30%га, сут маҳсулотлари 33,1-37,5% ва 28,2-22,8%, сариёғ 60-66,6% ва 33,4-46,7%га камлиги, ўсимлик мойлари эса 60%га ортиқча эканлиги аниқланди. МТМ рационини таркибида оқсиллар қиш-баҳор мавсумида меъёрга нисбатан 12,3-14,1%га, ёз-куз мавсумида эса 17,3-20,0%га, ёғлар 8,5-11,4% ва 13,7-15,2%га кам, карбонсувларнинг миқдори эса меъёрдан 6,9-18,8 ҳамда 10,6-12,0%га ортиқча эканлиги аниқланган. Кунлик энергетик қиймат эса 1800 ккални ташкил қилди. Рацион таркибида мева ва сабзотлари миқдори ҳам етарли эмас. Рацион таркибида асосий маҳсулотлар сезилари даражада кам.

Таъкидлашимиз жоизки, мамлакатимизда бажарилган қатор илмий натижалари асосида тақдим этилган материалларни ҳисобга олган ҳолда, мактабгача таълим ёшидаги болалар орасида соғлом овқатланиш мезонларига мос келадиган кунлик овқатланиш рационини таъминлаш, болаларнинг соғлом овқатланиш одатлари ва алиментар статусини шаклланиши, рационларни сифат ва миқдор жиҳатдан тўлақонлигини таъминлаш, соғлом овқатланишни ташкил қилишнинг асосий бўғинларини мукамал тартибда назорат қилишни тақоза қилади.

ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ҲОСИЛ БЎЛАДИГАН ЧИҚИНДИЛАРНИ ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ ТАРТИБИ

Ахмедова М.Н., Мустанов А.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Тиббий чиқиндиларни зарарсизлантириш ва йўқотиш муаммоси бутун дунё соғлиқни сақлаш тизими ва тиббиёт ходимларнинг энг долзарб муаммоларидан биридир. 1979 йилдаёқ ЖССТ экспертлари тиббий чиқиндиларни хавфли гуруҳга киритдилар ва уларни йўқотиш усуллари бўйича махсус хизмат ташкил этиш кераклиги ҳақида маълум қилди.

1992 йилдаги Базельск конвенцияси 45 турдаги хавfli чиқиндилар рўйхатини белгилаб берди, ушбу рўйхатда тиббий чиқиндилар рўйхати алоҳида очилди. ЖССТ томонидан тиббиёт чиқиндилари барча чиқиндилар ўртасида энг хавфлиси дея, эътироф этилганлиги ва зарарсизлантирилмасдан даволаш профилактика муассасалар ҳудудини тарк этмаслиги пойдевор тамойил сифатида белгиланб қўйилган.

Тадқиқот мақсади. Тиббий чиқиндиларни зарарсизлантириш ва йўқотиш бўйича мавжуд усуллар таҳлили ва даволаш профилактик муассасаларда чиқиндилар билан шуғулланиш бўйича олиб бориладиган тадбирларни ўрганиш.

Тадқиқот материали ва текширув усуллари. Адабиёт манбалари.

Адабиётлар таҳлили натижалари. Тиббий хизмат кўрсатиш жараёнида даволаш профилактика муассасаларида ҳосил бўладиган чиқиндилар эпидемиологик ва экологик аҳамиятли омиллар бўлиб ҳисобланади. Мазкур чиқиндиларни тўплаш, олиб кетиш ва қайта, ишлаш йўқотиш ўта муҳим профилактик тадбирдир ҳисобланади. Ўткир предметлар, аввало, игналар аҳоли учун ҳам, тиббиёт ходимлари учун ҳам энг хавfli бўлган тиббий чиқиндилар тоифасига мансубдир. Касалхоналарда ўртача ҳисобда йилига 416 кг чиқиндилар ажралади.

Агар тиббиёт чиқиндилари билан белгиланган тартибда муносабатда бўлинмаса, игналардан жароҳатланишда В, С, Д гепатитлари, ОИВ- инфекцияси каби касалликлар кўзгатувчиларини юқтириш хавфи вужудга келиши мумкин. Муолажа хонасида тўғри йиғилган хавфсизлик қутиси мавжуд бўлиши, фойдаланилган игна ва шприцни ташлаш учун қулайликни таъминлаш мақсадида бевосита иш столи яқинида жойлаштирилиши даркор. **Аксарият ҳолларда игна билан жароҳатланиш инъекциядан кейин, уни хавфсизлик қутисига ташлангунига қадар содир бўлади.** Қўлланилган бир марталик шприцлар, системалар муфел печида ёқилмайдиган бўлса дезинфекция ўтказилади. Зарарсизлантирилмасдан ташланадиган системалар кесиб, шприц эса игнаси билан хавфсизлик қутисига 3/4 қисми тўлгунига қадар йиғилади.

Қўлланилган барча игна ва шприцларни тешилмайдиган ва герметик (рангли код ёки биологик хавф ишораси туширилган) қутиларга йиғиш зарур. Муқобил вариант сифатида фойдаланилган заҳоти игналар игна кескич мосламада кесилиши ва иш жойининг ўзида йўқотилиши, ўткир бўлмаган бўйимлар маҳсус (рангли код ёки биологик хавф ишораси туширилган) халталарга йиғилади ва зарарсизлантириш жойига жўнатишгунга қадар инфекция тушган чиқиндилар солинган халталар ва ўткир бўйимлар солинган қутилар тиббиёт муассасасидаги маҳсус ажратилган жойда сақланиди.

Хулоса. Тиббий чиқиндиларни зарарсизлантириш ва йўқотиш бўйича тадбирлар самарадорлигини ошириш учун даволаш профилактика муассасаларида маҳсус жиҳозланган жойлар ажратиш ва уларда компакт контейнер (установка)ларини жойлаштириш, чиқиндилар билан ишловчи барча ходимлар ШХВ (шахсий ҳимоя воситалари) билан таъминланиши ва уларга қўлларини ювиш учун етарли шароит яратилиши шарт. Бундан ташқари тиббиёт ходимларини В гепатитга қарши эмланиш зарур.

МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ДАРСЛАРНИ ЎЗЛАШТИРИШДАГИ ЎРНИ ВА САЛОМАТЛИҚДАГИ АҲАМИЯТИ

Бўтаева С.Б., Рўзиназаров Б.А., Мирсагатова М.Р.

Тошкент тиббиёт академия

Тўғри ва соғлом овқатланиш мактаб ўқувчилари саломатлигида муҳим ўринни эгаллаб турувчи омиллардан бири ҳисобланади. Ўсиб келувчи ёш авлодни ақлан ва жисмонан соғлом бўлиши ва иш қобилиятини сақлаб қолиши айнан истеъмол қилинаётган озиқ-овқат таркибидаги сифатли маҳсулотларнинг миқдорига боғлиқ. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Халқ таълими тизимига бошқарувнинг янги тамойилларининг жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2018 йил 5 сентябрдаги ПҚ 3931-сон қарори мувофиқ, умумий ўрта таълимга қўйилаётган замонавий талабларни ҳисобга олган ҳолда умумий ўрта таълим муассасалари мактаблари тўғрисидаги Низомларда ўқувчиларни кун тартиби, ўқув дарс соатларини тўғри ташкил қилиниши уларни саломатлигини сақлашда муҳим ўринни эгаллайдиган қисми ҳақидалиги айтиб ўтилган. Мактаб ўқувчилар ўсувчи организм бўлганлиги сабабли тезда очлик ҳиссини туйишади ва бу вақтда улар тезда қоринни тўқлаш учун тайёр таомларни танлашади. Бу вақтда ўз-ўзидан тез тайёр бўлувчи фаст-фудлар истеъмол қилишга мажбур бўлишади. Британиялик олимлар hafta давомида уч ва ундан ортиқ марта таомлар фаст-фуд истеъмол қилувчи ўқувчиларни фанларни ўзлаштириши давомида орқада қолаётганликларини аниқладилар. Тез тайёр бўлувчи таомлар фаст-фуд ўз таркибида оддий углевод, кўп миқдорда туз, ёғларни саклаши ҳисобида ўзига хос таъмга эгалиги ҳаммага маълум. Улар таркибидаги таъм берувчи тузларни болаларни асаб тизимига салбий таъсир кўрсатиши ҳам олимлар томонидан эътироф этилмоқда. Бундан ташқари тез тайёр бўлувчи таомлар юқори кувватмандликка эга бўлса ҳам таркибида витамин ва минерал моддаларни тутмайди. Бу эса албатта, уларни витамин танқислик ҳолатларига сабаб бўлади. Ўсмирлар организми жуда сезувчан бўлганлиги сабабли тез тайёр бўлувчи таомлар таркибида кўп миқдордаги турли тузлар аралашмаси, кетчуп, майонез таркибидаги сақлаш муддатини узайтириш учун қўшилган консервантлар айнан ўсиш ёшидаги ўсмирларга салбий таъсир кўрсатиши британиялик олимлар томонидан тасдиқланган.

Тадқиқот мақсади бўлиб мактаб ўқувчилари орасида овқатланишни дарсларни ўзлаштиришга бўлган таъсири ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва услублар: Тадқиқотимиз остида Тошкент шаҳрининг Учтепа туманида жойлашган 342-сонли мактабнинг 8-9 синф ўқувчилари ва Зангиота туманидаги 134-сонли мактабнинг 8-9 синф ўқувчилари бўлишди. Тадқиқотлар олиб боришда сўраб-суриштириш ва махсус ишлаб чиқилган анкета сўровномалардан фойдаланилди. Сўровнома натижалари статистик таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама. Мактаб ўқувчилари олиб борилган сўров натижаларидан маълум бўлдики, ўқувчилар орасида дарсдан сўнг ёки танаффуслар ўртасида тез тайёр бўлувчи таом(фаст-фуд)ни истеъмол қилишни хуш кўришлари аниқланди. “Нима учун айнан фаст-фуд” деган саволга ўқувчилар томонидан фаст-фуднинг тез тайёр бўлиши ва тезда қоринни тўйдириши, ўзига хос таъмга эгалиги, таркибига қўшилаётган майонез ва кетчуплар аралашмасидан ҳосил бўлган таъм уларга ёқиши- деган жавобни олинди. Фаст-фудни кўп истеъмол қилаётган ўқувчилар орасида саломатликлари ҳақида сўралганда қизлар орасида ортиқча вазн бош оғриғи, ўғил болалар орасида юздаги ва бадандаги тошмалар, ошқозондаги оғриқларни, ич қотишга мойиллик, баъзи таомларни истеъмол қилгандан кейинги овқатга боғлиқ аллергия тез- тез безовта қилиш шикоятлари борлиги маълум бўлди.

Мақтаблараро саломатликни ўрганилганда Учтепа туманидаги ўқувчилар орасида юқоридаги шикоятлар билан тиббий бўлимга кўп марта мурожаат қилганликлари аниқланди. Сабаби ўрганилганда бу тумандаги мактаб ўқувчилари кўп қаватли биноларда яшашлари ва уларни дарсдан сўнг кўшимча фанларни ўзлаштириш курсларига боришлари, спорт билан шуғулланишга вақтлари етишмаслиги аниқланди. Зангиота туманидаги ўқувчиларни кўпчилик қисми ҳовлиларда яшаши ва дарсдан сўнг уй юмушлари билан банд бўлишлари аниқланди. Бундан ташқари кўп ўқувчиларни фаст-фудларни истеъмол қилишларига яна сабаблардан бири оналарнинг ишда бўлишлари, таом тайёрлашга ўқувлари йўқлиги ёки умуман уйдаги таомларни истеъмол қилишни ҳохламасликлари айтиб ўтишди. Юқорида ўтказилган анкета-сўровномалардан маълум бўлдики, ўқувчилар орасида соғлом овқатланиш ҳақида тушунчаларнинг камлиги улар орасида соғлом кун тартибига риоя қилмасликлари аниқланди. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, мактаб ўқувчилари ўртасида соғлом овқатланиш тушунчаларини шакллантириш учун тез-тез тез тайёр бўлувчи таомларни фаст-фудларни истеъмол қилиниши уларни саломатлигига зарарли таъсир кўрсатиши ҳақида санитар тарғибот ишларини йўлга қўйиш, профилактик чора тадбирлар мақсадида ўқувчилар орасида кўргазмали слайд-расмлар орқали оқилона овқатланиш тушунчаларини ўқувчилар онгига сингдириб бориш кераклиги аниқланди.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИММУНОПРОФИЛЬ УРОТЕЛИАЛЬНЫХ КАРЦИНОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ

Гаибов Ж.А., Турсунов Х.З.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Уротелиальная карцинома является одной из часто диагностируемых злокачественных опухолей мочевого пузыря и верхнего мочевыделительного тракта и занимает 7-е место в структуре онкопатологии. Им преимущественно заболевают мужчины среднего и старшего возраста [9]. В то же время, несмотря на низкий показатель заболеваемости по сравнению с мочевым пузырем, уротелиальная карцинома почечной лоханки отличается наиболее агрессивным клиническим течением и худшим прогнозом [11]. В первую очередь это связано с клинико-морфологическими особенностями уротелиального рака почечной лоханки, которые в отличие от мочевого пузыря изучены не достаточно [7].

Цель исследования. Сравнительный анализ морфологических, иммунофенотипических параметров уротелиальных карцином мочевого пузыря и почечной лоханки.

Задачи исследования

1. Установит диагностически- значимых морфологических и иммунофенотипических изменений в новообразованиях мочевого пузыря и почечной лоханки.
2. Усовершенствовать диагностические параметры иммуногистохимических маркеров в диагностике уротелиальных опухолей мочевыделительной системы.
3. Дать развернутую патологическую характеристику уротелиальным опухолям мочевого пузыря и почечной лоханки.
4. Разработать наиболее информативные дифференциально-диагностические алгоритмы.

Материал и методы. Объектом исследования послужили архивный биологический и текущий биопсийный материалы от 97 больных. В качестве группы сравнения изучали биоптаты 99 пациентов с уротелиальным раком почечной лоханки, проходивших лечение в Урологическом Центре НКЦ ОАО РЖД с 2010 по 2017 гг. Всего 69 женщин (35%) и 127 мужчин (65%). Средний возраст- 66,9 года.

Гистологическое исследование. Все новообразования распределялись по соответствующим группам на основании последней гистологической классификации опухолей мочевыделительной системы (ВОЗ, 2016 г.) с изменениями [5, 10]. Степень клеточной анаплазии (G) оценивалась по шкале от 1 до 4 по *Liang Cheng et al* [8]. Уровень инвазии (pT_{a-d}) определялся согласно протоколу 7-го издания TNM-классификации опухолей мочевыделительной системы [2, 6].

Результаты исследования. Неинвазивные папиллярные уротелиальные карциномы были выявлены в 49 (25%) случаях. Из них в 37 случаях опухолевые клетки имели низкую и умеренную степень анаплазии- G_{1-2} . В 12 пациентах неинвазивный рак соответствовал высокой степени анаплазии- G_3 .

Большинство опухолей ($n=147,75\%$) были инвазивными. Из них 65 (33%) случаев имели гистологическое строение конвенционального уротелиального рака, а 3 (1,5%) опухоли - парадоксальную дифференциацию. В 66 (34%) новообразованиях были верифицированы дивергентные опухолевые зоны, в 4 (2%) случаях - инвертированный характер роста. В 9 (5%) наблюдениях в зонах инвазии была выявлена псевдосаркоматозная реакция стромы.

Из неклассических уротелиальных карцином (УК) - В нашем исследовании в 4 (2%) уротелиальных карциномах идентифицированы участки из высокодифференцированных железистых структур с наличием незначительного интралюминального секрета. Все 4 опухоли инфильтрировали мышечный слой, а степень клеточной анаплазии варьировала от умеренной (G_2) до высокой (G_3).

Инвазивная уротелиальная карцинома с плазмацитоидной и перстеновидноклеточной дифференциациями. В 5 (3%) случаях основную массу опухолевой популяции составляли плазмацитоидные клетки с примесью клеток перстеновидноклеточной дифференциации. В 3 наблюдениях опухолевая стадия была pT_3 (из них 2 опухоли с почечной локализацией), а остальные соответствовали pT_2 .

Лимфоэпителиомаподобная уротелиальная карцинома. Из 4 (2%) новообразований, вошедших в группу, в 3 случаях опухоль была локализована в почке. Во всех наблюдениях степень клеточной анаплазии соответствовала G_3 . На светооптическом уровне в опухолевой ткани были обнаружены морфологические признаки уротелиальной дифференцировки. Вместе с тем в отдельных областях преобладала моноклеточная инфильтрация наподобие классической лимфоэпителиомы.

Липоидная уротелиальная карцинома. В группу включены 4 (2%) опухоли, из них только в 1 случае было отмечено поражение слизистой мочевого пузыря. Основу клеточного матрикса этих новообразований составляли компактно расположенные клетки, напоминающие липобластов. Все опухоли низкодифференцированные и инвазивные.

Саркоматоидная уротелиальная карцинома. 2 (1%) опухоли микроскопически были представлены в основном из веретеновидных клеток с фокусами переходно-клеточной дифференцировки. Кроме того, в одном из них были обнару-

жены зоны гетерологического компонента в виде высокодифференцированной хондросаркомы. Этот вариант карциномы мочевого пузыря прорастал перивезикальную зону (pT_3).

Светлоклеточный вариант уротелиальной карциномы. В 6 (3%) уротелиальных карциномах были отмечены поля из светлых вакуолизованных клеток. Преобладали опухоли с локализацией в лоханке почки (4 случая), из них в 2 наблюдениях опухоль была pT_3 .

Инвазивная уротелиальная карцинома с плоскоклеточной метаплазией. В нашем исследовании среди дивергентных уротелиальных карцином эти опухоли заняли наибольший процент-10% ($n=19$). Преобладали опухоли с локализацией в почке. Карциномы этой группы соответствовали стадиям pT_2 - pT_3 и высокой степени анаплазии. Одна опухоль с почечной локализацией проросла в забрюшинную клетчатку (pT_4). Во всех случаях зоны с плоскоклеточной дифференцировкой занимали более 25 % опухолевого ареала. В 4 опухолях были обнаружены морфологические признаки орогования, а в 1 наблюдении - базалиодный тип плоскоклеточной метаплазии.

Инвазивный уротелиальный рак с инвертированным характером роста. В эту группу вошли 4 (2%) случая. Преобладали новообразования с почечной локализацией. Опухоль характеризовалась рифленой архитектурой, состояла из анастомозирующих эпителиальных тяжей различной толщины местами с солидизацией. На фоне умеренной моноклеарной инфильтрации в зонах инвазии отмечалась выраженная десмоплазия стромы. Во всех наблюдениях опухоль была представлена экзифитным компонентом в виде сосочковых выростов. В 3 наблюдениях степень анаплазии соответствовала G_2 , а глубина инвазии - pT_1 - pT_2 . Только в 1 случае были обнаружены участки высокой степени анаплазии (G_3).

Инвазивная уротелиальная карцинома с парадоксальной дифференциацией. Все опухоли из этой группы локализовались в мочевом пузыре. Морфология опухоли строго бифазная [4]. На фоне хорошо развитых папиллярных сосочков низкой степени анаплазии (G_1) определялись фокусы инвазивных кластеров с умеренно-высокой анаплазией (G_2 - G_3). Во всех случаях глубина инвазии соответствовала стадии pT_1 .

Уротелиальная карцинома с канцеризацией собирательных канальцев. Первое детальное описание этого варианта было дано *Delia Perez-Montiel et al* [3]. В нашем исследовании в одном наблюдении микроскопически опухоль была представлена интраканаликулярным распространением уротелиального рака наподобие канцеризации протоков в дольковых маммарных карциномах.

Иммуногистохимическое исследование (ИГХ). Серийные срезы толщиной 5 мкм депарафинировали и регидратировали по стандартной методике. Для «демаскировки» антигенов срезы подвергали высокотемпературной обработке в цитратном буфере и инкубировали 5 мин с 3% H_2O_2 (для каждого антигена в соответствии с рекомендуемым протоколом). Применяли антигены классические и неспецифические, но часто экспрессирующие в УК маркеры.

Интенсивность ИГХ-окрашивания оценивали как негативную (<0,1% окрашенных клеток), слабо-позитивную ($\leq 10\%$ окрашенных клеток), умеренно-позитивную (11-49 % окрашенных клеток), сильно-позитивную (50-89 % окрашенных клеток) и выраженно-позитивную ($\geq 90\%$ окрашенных клеток) по *Rajcani J et al* [12]. Оценка интенсивности всех использованных антигенов проводили на 100 клеток в каждой опухоли на цифровых микрофотографиях.

Неинвазивная уротелиальная карцинома, низкая степень анаплазии. При ИГХ-исследовании в опухолевых клетках преобладала сильно-позитивная ко-экспрессия - *CK5/6, CK14, CK7, EMA, GATA-3, Uroplakin III и E-Cadherin*. Кроме того, в большинстве случаев обнаружена умеренно-позитивная экспрессия *HMWCK, CK20, p63, CD44, CD117 и CEA*.

Конвенциональная инвазивная уротелиальная карцинома - В большинстве случаев выявлена умеренно- и сильно-позитивная ко-экспрессия *CK7 и GATA-3*. Иммунопрофиль в этой группе имел свои особенности. Так было определено, что в pT_2 - pT_4 опухолях имеется тенденция усиления интенсивности экспрессии *CK20* по мере увеличения стадии и степени клеточной анаплазии. Противоположная картина наблюдалась с экспрессиями: *p63, CD44, Uroplakin III и E-Cadherin*.

Инвазивная уротелиальная карцинома с псевдосаркоматозной стромой. Иммунопрофиль опухоли имеет схожую картину с конвенциональной уротелиальной карциномой [1]. Наряду с этим, в псевдосаркоматозных клетках была выявлена выраженно-позитивная экспрессия *Vimentin* при негативной реакции на пан-эпителиальные антигены.

Инвазивная уротелиальная карцинома с плоскоклеточной метаплазией. - Во всех карциномах, входящих в эту группу, обнаружена сильно- и выраженно-позитивная экспрессия *CK14 и HMWCK*. Интенсивность остальных классических маркеров варьировала в широком диапазоне: от слабой до выраженно-позитивной.

Микропапиллярная уротелиальная карцинома. Во всех опухолях на поверхности микрососочков в условиях сильно-позитивного окрашивания *EMA, CK7 и GATA-3* обнаружена ко-экспрессия *MUC-1, MUC-2, MUC-5AC*. В то же время, в 5 и 3 случаях выявлена умеренно-позитивная экспрессия *CEA и CK20* соответственно.

Уротелиальная карцинома с микролюминальной архитектурой. В этих новообразованиях в основном выявлена умеренно- и сильно-позитивная ко-экспрессия *EMA, CK7 и GATA-3*. Интенсивность остальных классических маркеров варьировала в широком диапазоне.

Уротелиальная карцинома с тубулярным компонентом. При иммунофенотипировании на фоне сочетанной экспрессии *MUC-1 и CEA* умеренной интенсивности выявлена сильно-позитивная экспрессия *CK7 и GATA-3*.

Инвазивный уротелиальный рак с инвертированным характером роста - При ИГХ-исследовании в условиях сильно-позитивной ко-экспрессии *EMA, CK7 и GATA-3* обратила на себя внимание aberrантная сильно-позитивная экспрессия *CK20*.

Анапластическая УК- Во всех случаях на фоне выраженной позитивной реакции на *HMWCK* была обнаружена сильно-позитивная ко-экспрессия *CK5/6, CK7, EMA и Vimentin*.

Выводы.

1. Широкая гамма морфологических вариантов уротелиальной карциномы является одной из значимой особенностью рака мочевого пузыря и почечной лоханки. Полученные нами результаты подтверждают, что в отличие от уротелиального рака мочевого пузыря, подавляющее большинство уротелиальных карцином почечной лоханки низкодифференцированные и высокоинвазивные.

2. В большинстве случаев в уротелиальных карциномах обнаруживаются ко-экспрессия *CK7 и GATA-3*. В то же время, в инвазивных опухолях имеется тенденция усиления интенсивности экспрессии *CK20* по мере увеличения стадии и степени клеточной анаплазии. Противоположная картина наблюдается с экспрессиями: *p63, CD44, Uroplakin III и E-Cadherin*.

3. Аберрантная экспрессия *CK20* в инвертированном варианте инвазивной уротелиальной карциномы может быть использована в качестве дифференциально-диагностического критерия с инвертированными папилломами мочевого пузыря и почечной лоханки.

4. Иммунопрофиль дивергентных уротелиальных карцином имеет ряд особенностей. Так, нами было установлено, что для уротелиального рака с плоскоклеточной метаплазией характерна ко-экспрессия *CK14* и *HMWCK*, а для микропапиллярной карциномы и уротелиального рака с железистой метаплазией - *MUC1*, *MUC-2* и *MUC 5AC*. В уротелиальной карциноме с тубулярным компонентом клетки тубулярных формаций экспрессируют *MUC-1* и *CEA*.

НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Ганиева Н.Х., Гиясов З.А.

Ташкентская медицинская академия

Вопросы травмы органа зрения достаточно хорошо освещены в работах клиницистов-офтальмологов. Вместе с тем различные судебно-медицинские аспекты повреждений органа зрения, как объекта экспертизы, остаются без должного внимания. Следует отметить, что судебно-медицинская экспертиза в случаях травмы органа зрения сопряжена с определенными сложностями в выборе квалификационного признака при определении степени тяжести телесных повреждений.

Целью исследования был анализ судебно-медицинских особенностей травмы органа зрения.

Объектом исследования были клинические наблюдения случаев травмы органа зрения в Ташкентской городской больнице скорой медицинской помощи за 2019 год. (таб.). При анализе медицинских карт стационарных больных обращено внимание на обстоятельства происшествия, вид, характер повреждений органа зрения. Всего за указанный период стационарное лечение получили 124 пострадавших. Большинство составили мужчины (75%). По возрастным группам более двух третей пострадавших были в возрасте 18-39 лет. Представители старших возрастных групп (50 лет и старше) составили 19,3%.

В 68,5% случаев травма была получена дома, в 8,1% - она носила производственный характер. В остальных случаях повреждения были причинены на улице и в других местах (стадион, кафе и пр.).

При анализе повреждающих факторов установлено преобладание травм, причиненных различными тупыми предметами (48,4%). В 35,5% наблюдений повреждения были причинены острыми предметами. В остальных случаях имели место термические и химические повреждения (по 8,1%).

Структурная характеристика травмы органа зрения

№	Характер повреждения	Абс число	%	
1	Контузия глазного яблока	легкой степени	6	4,8
		средней степени	26	21
		тяжелой степени	20	16
2	Механические повреждения роговицы	38	31	
3	Проникающие ранения глазного яблока	14	11	
4	Термические ожоги	10	8,1	
5	Химические ожоги	10	8,1	

В соответствии с действующим законодательством все выше указанные случаи подлежат судебно-медицинской экспертизе, в процессе которой обязательно устанавливаются характер и механизм образования повреждений, давность причинения, а также их степень тяжести. Исходя из характера повреждений судебная медицина выбирает по квалификационному признаку степень тяжести критерии длительности расстройства здоровья. В случаях снижения остроты зрения у пострадавших целесообразно проведение экспертизы после формирования стойкого исхода и применение критерия степени стойкой утраты трудоспособности для определения степени тяжести телесных повреждений.

Таким образом, всесторонний анализ клинических данных в случаях травмы органа зрения является весомым подспорьем в совершенствовании производства судебно-медицинских экспертиз, в улучшении степени достоверности и обоснованности экспертных заключений.

СИНТЕТИК ЮВИШ ВОСИТАЛАРИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИДА КИМЁВИЙ ОМИЛЛАРГА ГИГИЕНИК ТАВСИФ

Жўрамуродова Л.М., Курбанова Ш.И.

Тошкент тиббиёт академия

Ҳозирги кунда бутун дунёда атроф муҳитни муҳофаза қилишга катта аҳамият берилмоқда. Барча ифлослишларнинг катта фоизи синтетик ювиш воситаларига тўғри келади, бу эса ўз навбатида ювиш воситаларини ишлаб чиқаришни катта темпда ривожланишига боғлиқлигидан далолат беради.

Ҳозирги пайтда синтетик ювиш воситалари жамиятимизда ишлаб чиқарилаётган маҳсулотнинг энг асосийларидан бири ҳисобланади. Бу гуруҳдаги маҳсулотлар катта миқдорда халқ эҳтиёжини қондирувчи маҳсулотдир. Градацияни йўқлиги туфайли эҳтиёжни қондирувчи маҳсулот тавсифини баҳолайдиган хусусиятларни белгилаш қийин бўлиб қолади. Уларга одатга кўра синтетик ювиш воситалари ва совун, шу билан бирга қўшимча таъсир воситалар, оқартирувчи воситалар, кондиционерлар, ювиш учун тузлар, ранг берувчилар, ивитувчи воситалар, доғни йўқотувчи воситалар қиради. Ювиш воситалари (детергентлар) кўп компонентли композиция бўлиб, суюқ паста ҳолда ва кукун ҳолатда бўлади. Уларнинг барчаси юзаки актив моддалар ҳамда юзаки актив моддаларни

хусусиятини оширувчи органик ва анорганик моддаларни ўз таркибига олади. Илмий тадқиқот ишимизни “ASIAN DIAMOND CLASSIC” синтетик ювиш корхонасида ўтказдик. Корхонада технологик жараён бўйича қуйидаги цехлар мавжуд: омбохона, транспортировка бўлими, композиция цехи, қуритиш минораси, ярим тайёр маҳсулотларни қабул қилиш ва таксимлаш цехлари. Корхонада зарарли ва хавфли омиллардан шовкин, тебраниш, чангланглик билан бир қаторда ишловчиларга зарарли кимёвий омиллар ҳам таъсир этади. Биз текширувимиш давомида иш жойлари ҳавосида кимёвий омилларни ўргандик ва улардан намуналар олдик. Текширувларда олинган ҳаво намуналарини газ хроматография асбоби ёрдамида ўтказдик. Текширув натижаларига кўра иш жойлари ҳавосида NaOH ва Cl₂ нинг ўртача кўсаткичлари меъридалиги аниқланди лекин аммиакнинг ўртача миқдори композиция бўлимида ва тайёр маҳсулотларни қабул қилиш цехларида меъридан 0,1-0,3 мг/м³ га меъридан юқорилиги аниқланди (Сан Қ ва М №0294-11 “Иш жойлари ҳавосида зарарли моддаларнинг рухсат этилган концентрацияси”).

Синтетик ювиш воситалари таркибидаги анионли юзаки актив моддалар организмга кичиштирувчи хусусиятга эга булиб аллергия таъсир қилади. Бунда улар оқсиллар билан комплекс боғланиб оқсил молекуласида турли даражадаги қайтар денатурация ҳолатини келтиради. Бу эса полипептид занжир туфайли анионли юзаки актив моддаларни таъсирида бўлади ва улар билан физик-кимёвий боғланиш ҳосил қилади.

Кимёвий моддалар ишлаб чиқариш шароитида нисбатан кам миқдорда организмга тушиш ҳам инсонни нормал яшаш фаолиятини бузилишига олиб келади ва организмнинг заҳарланишга сабаб бўлади. Бу эса ўз навбатида юқори нафас йўлларида турли касалликларни олиб келишига сабаб бўлади.

Хулоса. Синтетик ювиш воситалари ишлаб чиқариш корхоналарида ишчиларга кимёвий омиллар таъсири юқори нафас йўллари ва аллергия касалликларни келиб чиқишига сабаб бўлар экан корхонадаги иш шароитини оптималлаштириш, умумий касалликларни камайитириш ва олдини олиш мақсадида корхонада профилактик тавсияларни ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқдир.

A COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF BOTULISM

Karomov M.N., Maqsdova Z.S., Buribaeva B.I.

Tashkent medical academy

Food poisoning is one of the global problems of humanity, and according to the World Health Organization, about 200 diseases are caused by the consumption of substandard food and non-tap water. One of the most serious forms of food poisoning is botulism. The disease is so severe that it can be fatal, and it is becoming increasingly important to fight it.

The aim of the study. A comparative study of the incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan over the past 7 years.

Research methods. Analysis of data on botulism incidence from 2012 to 2018 from the State Center for Sanitary and Epidemiological Surveillance of the Republic of Uzbekistan.

The results and discussion. According to the analysis of data from the State Center for Sanitary and Epidemiological Surveillance of the Republic of Uzbekistan, the incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan is almost the same. Only in 2018, the occurrences on the rate decrease by 1.2 times compared to 2012. An analysis over the years show the highest figure is in 2017 (43 cases) and the highest number of cases in 2012-2018 was in Kashkadarya (5.9±1.1) and Samarkand (5.7±0.54) regions. Fergana (3.9±0.4), Namangan (3.7±0.83) regions, Tashkent city (3.4±0.6), Tashkent region (3.3±0.75), Jizzakh (3.3±1.0) average number of cases in the regions. In Andijan (1.7±0.8), Bukhara (1.1±0.85), Surkhondaryo (1.3±0.52) and Syrdaryo (1.3±0.53) regions, the indicator was low. In 2014, only 1 case of botulism was observed in Khorezm. In the Republic of Karakalpakstan, the incidence of botulism has averaged 0.4±0.02 over the past 7 years, with only 1 in 2016, 2017 and 2018. The next stage of the research botulism is observed due to the context of the study showed that the annual household consumption of cucumbers, tomatoes and tinned botulism which is the main reason why the disease (71.3±2.2%). Food poisoning was also associated with home consumption of canned vegetables (16.5±2.4%) and eggplant caviar (7.3±1.8%). Rare causes include fruit jam, compote, smoked fish, smoked sausage, canned green peas, and pickled goat meat.

Conclusion. Incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan for the last 7 years is the same, there is no tendency to decrease or increase. Between the years 2012-2018 the leading factors that cause botulism unchanged over the years remains a homemade canned cucumbers, tomatoes (71.3±2.5%). This highlights the need to strengthen sanitation among the population and improve water supply. During the last 2 years, mortality decreased by 4.3 times (in 2018, 3 deaths). This indicates an improved diagnosis of botulism.

БАДАНТАРБИЯ, ПАРҲЕЗ, САУНА-СОҒЛОМ ҲАЁТНИНГ УЧ ОМИЛИ

Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.

Тошкент тиббиёт академияси

Статистикага қараганда ҳар кунлик, югуриш ва соғлом турмуш тарзи кексайишни 12-15 йилга ортга суриб қобилиятини 23-45,0% гача ошириб, касалланиш эҳтимолини 50,0-100,0 % га камайтиради.

Танада 4-5 кг ортиқча вазн бўлиши ўлим ҳолатини 8,0% га, 9 кг эса 18,0%га, 13,5-15,0кг-28,0% га, 22 кгдан ортиқча вазн эса 56,0% га оширади. Семиришнинг энг яхши давоси – жисмоний фаоллик, яъни югуриш ҳамда парҳездир. Академик В. Я. Адонинг фикрига кўра инсон вазни бўйи узунлигидан 100 рақамини олиб ташлаганига тенг бўлиши идеал қомат ҳисобланади. Демак сизнинг бўйингиз 167 см бўлгани ҳолда вазингиз 63,65 кгдан 70,35 гача бўлиши лозим. Инсон агар меъёрда овқатланиб, кўп ҳаракат қилса организм ўзи учун зарур бўлган моддаларни олиб, кераксизини ёқиб юборади. Бугун рўйи –замин аҳолисининг 6/1 қисми озиқ овқатга ёлчимагани ҳолда, аксарият ривожланган давлатлар аҳолисининг 20-30,0% қисми ортиқча вазндан азоб чекмоқда. Югуриш-барча жисмоний фаолликларнинг шоҳи бўлиб, инсоннинг барча аъзо ва тизимлари фаолиятини яхшилайдди. Ўпканинг тириклик сиғими оддий одамларда 3-4 литрни ташкил этгани ҳолда спортчиларда у 5-8 литрни ташкил этади. Нафас йўллари ўтказувчанлиги икки ҳисса ошади, уларнинг диаметри 1,5 баробаргача кенгайди. Ўпкаси чиниққан одамларга сил, бронхит, зотилжам, астма каби сурункали дардлар йўламайди. Бугун ер шарни аҳолисининг қарийб 12,0% қисми сурункали бронхитдан, 3,6% қисми бронхиал астмадан азоб чекади. Бугунги кунда юрак –қон томир тизими касалликлари ўлимга олиб келувчи ҳолатлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Мана шу касалликларнинг барчаси камҳаракатлилик ва ортиқча вазннинг асоратидир. Менга турли касалликлар билан мурожаат қилаётган беморларнинг қарийб 3/1 қисмида сурункали қабзиятлар, ўт қопининг қийшайиши, пешоб ажратиш ва тутишда муаммолар, ичкалар метеоризм, бачадоннинг қийшайиши каби патологик ҳолатларни аниқлайман. Буларнинг барчаси қорин де-

вори мушаклари заифлашиши оқибатида қорин ичидаги босимнинг пасайиб кетишидандир. Қорин, чаноқ ва қорин орти бўшлиғидаги ҳар қандай аъзо ва тизимлар қорин ичидаги босим ҳисобига ишлайди. Агар одам жисмоний жиҳатдан шуғулланмай қўйса, мушакларнинг маълум қисми ёғ тўқималари билан алмашиб кетади. Меъёрда ўртача эркаклар вужудининг 36-38% қисми, аёлларда эса 30-32% қисми мушаклар ташкил қилади. Спортменларда эса бу кўрсаткич 40,0% дан ошади. Шуғулланмаганларда эса қорин ичида аъзолар меъёрий фаолияти учун етарлича босим ҳосил бўла олмайди, натижада ўт қопи, бачадон қийшайди, ичаклар қисқариши сустлашиб, дам бўлиши ва қабзят ҳосил бўлади, пешоб найлари ва қовуқ етарлича қисқармаганлиги боис тошлар йиғилади, Югуриш – ҳамма дардларни бартараф этади. Простата безининг турли – туман яллиғланишлари эркакларнинг 18,-20,0% қисмида учрайди.

Инсон саломатлиги, умуртқа поғонасининг бевосита шакли, ҳолати билан боғлиқ. Шу боисдан ҳам тонуси сақланган, тик умуртқа поғонасининг меъёрий ҳолати юзлаб бўғимлар, боғламлар, пайлар, икки юздан ортиқ мушаклар тонусига боғлиқ. Танадаги мушаклар қанчалик кучли ривожланган инсон қадди – қомати ҳам шунчалик гўзал кўринади. Бунинг учун бел, кўкрак қафаси ва қорин олд девори мушакларини бақувват қилувчи бадантарбия машғулотлари билан мунтазам шуғулланиш лозим. Югуриш эса шу спортнинг энг қудратлиси ва арзонидир.

Ҳар куни ўртача 90-100 дақиқа мобайнида, етарли жадалликда югуриш депрессия неврозлар, уйқунинг бузилиши, асабийлашиш каби аср касалликларининг аксариятидан халос этади. Узоқ муддатлик жадал югуриш билан шуғулланиш натижасида инсоннинг мия тўқималарида эндорфин кўп миқдорда ишлаб чиқарилади экан. Мазкур гормон инсон ўзини бахтли ҳис қилишини таъминлайди.

Саунага мунтазам тушиш ҳам саломатликнинг асосий омилларидан биридир. Саунада кўп миқдорда доривор ўтлар дамламаси, чой, шарбатлар ичиш лозим. Саунада 10 минутдан кам бўлиш чиниқишга олиб келолмаслиги исботланган. 10 дақиқа мобайнида тери ташқи қатлами 39 даражагача ошади, бу эса тери ости ёғ ва мушак қатламларида ҳароратнинг 38 даражагача кўтарилишини таъминлайди. Бунда моддалар алмашуви кескин кучаяди, мушакларда йиғилиб қолган сут кислотаси ажралиши зўради. Подагра ва остеохондрозда саунанинг ўрни бекиёс. Бунда йиғилган тузлар эриб, тер орқали чиқиб кетади ва организм тозаланади, аъзо ва тўқималарда қон айланишини яхшилайдди. Сауна ўпкаларнинг сурункали касалликлари – бронхал астма, сурункали бронхит, зотилжамларда ўпкаларда қон айланишини яхшиланади. У қон айланишини яхшилаши ҳисобига хафақоннинг дастлабки босқичларида қон босимини мувозанатлайди. Замонавий одам бир аср муқаддам яшаган одамга қараганда калорияси қарийб икки баробар кўп бўлган озиқ овқат маҳсулотларни истеъмол қилмоқда. Агар 19 асрда ер юзиде бажариладиган ишнинг 95% қисми жисмоний меҳнат, 5% қисми эса механизация ва электрификация билан бажарилган бўлса, 20 асрга келиб бу кўрсаткич бутунлай тескари тус олди. Ортиқча вазн ва камҳаракатлик балоси аср-вабосига айланиб бормоқда. Айнан мана икки инсониятнинг улкан душманлари юрак қон томир, асаб тизими хасталиклари моддалар алмашувининг бузилиши таянч- ҳаракат тизими хасталиклари келтириб чиқармоқда.

“Агар умуртқа поғонанг тўғри бўлса, кексайишдан қўрқмагин”- дейди қадимий Хитой ҳақимлари. Умуртқа поғонаси тўғри бўлиши авваломбор жисмоний ҳаракатга, овқатланиш режимини меъёрлашга боғлиқ.

ЙИРИК ШАҲАРЛАР ТУРАР ЖОЙ МИНТАҚАСИ ҲУДУДИДА ИНСОЛЯЦИЯНИНГ РУҲИЙ ГИГИЕНИК АҲАМИЯТИ

Қобилова М.А., Хошимова Н.Р., Юсупхўжаева А.М.

Тошкент тиббиёт академия

Жадал урбанизация шароитида йирик шаҳарлардаги турар жой минтақаларини рационал режалаштириш нафақат иқтисодий, балки ижтимоий, шунингдек гигиеник аҳамиятга эга бўлмоқда.

Йирик шаҳарлардаги турар жой минтақасида аҳолини истиқомат қилиши учун қулай бўлган шароитни белгиловчи омиллардан бири бўлиб, турар жой биноларининг ҳам, турар жой минтақасининг ҳам инсоляция даражаси ҳисобланади. Инсонлар организмга қуёш нуруни кўрсатадиган умумбиологик, рахитга қарши, бактерицид, иссиқлик таъсирлари билан бир қаторда унинг рухий гигиеник таъсирини ҳам инobatга оомасдан иложи йўқ. Қуёш нури билан унинг тонусни оширувчи, эмоционал таъсир, жисмоний ва ақлий иш қобилиятини оширилиши, чарчашни пасайиши ҳолатлар боғланади.

Ҳозирги вақтда шаҳарсозликдаги янги анъаналар: турар жой ва жамоат биноларида қурилиш зичлигини ва қаватлигини ортиши, уларнинг шакллари мураккаблашиши, кўп қаватли бинолар олдидаги майдончаларнинг қисқартирилиши билан боғлиқ ҳолдаги ўзгаришлар илгари ишлаб чиқилган ҳудудлардаги уч ярим соатлик инсоляция даражасини етарли эмаслигини кўрсатади. Шунинг учун баъзи муаллифлар инсоляциянинг бундай меъёрини қайта кўриб чиқишни таклиф этмоқдалар (Гусев Н.М. ва ҳаммуаллифлар, 2017).

Шу билан боғлиқ ҳолда мазкур илмий тадқиқот иши ўтказилган бўлиб, уни ўтказишдан асосий мақсад шаҳар турар жой минтақаси ҳудудида инсоляциянинг рухий гигиеник аҳамиятини белгилашдан иборатдир. Тадқиқотнинг вазифаларига аҳолини кўп қаватли турар жой минтақалари яқинида бўлган майдончаларнинг зарурияти ва инсоляция шароитига боғлиқ ҳолда аҳолини кундалик дам олиши учун жойини тўғри танлаб олиш жадаллигини аниқлашдаги фикрларини билиш ҳисобланади.

Илмий изланиш ишида гигиенада кўп қўлланилувчи анкета сўровнома, хронометраж кузатишлар усуллари кенг қўлланилди. Сўровномани қишки ва баҳорги даврда, бизлар томонимиздан махсус ишлаб чиқилган анкета бўйича ўтказилди. Мазкур анкетага инсоляциянинг ижобий ва салбий томонлари, уни йил фаслларида нисбатан зарурияти тўғрисидаги бандлар киритилган. Хронометраж кузатиш усуллари ўз таркибига турар жой бинолари яқинидаги ҳудудни турли функционал элементларида истиқомат қилувчиларни ёши, жинси, машғулот характериға боғлиқ ҳолда қайд қилишни олди. Кузатишлар ҳар соатда соат 8дан 20 гача, йилнинг турли мавсумларида ўтказилди. Тадқиқотларни 5 қаватли турар жой бинголари бўлган 2 микротуманда ўтказилди. Жами бўлиб анкета сўровномасида 70 киши, хронометраж усулида эса 65 та киши иштирок этди.

Анкета сўровнома маълумотлари таҳлилда аниқландики, турар жой бинолари олдидаги ҳудудда кундалик дам олиш давомийлиги қишки вақтда 2 соат (42% аҳоли)ни ташкил этди. Сўровномада иштирок этганларнинг аксарият қисми қуёш нуруни ижобий самарасини таъкидлаганлар, улар дам олиш учун имкон қадар қуёш нури яхши тушувчи жойларни танлашларини таъкидлаганлар. Сўровномада иштирок этганларнинг аксарият қисми турар жой бинолари

олдидаги ҳудуднинг турли элементларини куннинг маълум даврида турлича инсоляция билан таъминланишини мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайдилар, демак қишда болалар ўйин майдонлари, спорт майдонлари, тинч дам олиш жойларини кундузги вақтда, пиёдалар йўлакларини кундузи ва оқшом вақтида инсоляция билан етарли даражада таъминланиш зарурлигини таъкидлайдилар. Баҳорда болалар майдончаларини инсоляциянинг етарли даражаси билан таъминланиш эрталабки вақтда, спорт майдонлари ва пиёдалар йўлакларини оқшом вақтида инсоляция билан таъминланиши заруриятини таъкидлайдилар.

Анкета сўровнома маълумотлари хронометраж кузатишлари натижалари билан мос келди.

Хулоса: Микротумандаги турар жой минтақасининг инсоляция даражаси истиқомат қилувчиларнинг руҳий эмоционал ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади.

Турар жой райони ҳудудидаги асосий дам олиш жойларининг инсоляция шароити шу жойларни аҳоли томонидан фойдаланиш даражасини белгилаб беради.

Аҳолини турли гуруҳлари томонидан тўлақонли дам олиш шароитини яратиш учун турар жой бинолари олди майдончалардаги инсоляциянинг давомийлиги 2,5 соатдан кам бўлмаган вақтни ташкил этиши керак.

Инсоляциянинг руҳий-гигиеник таъсири турар жой минтақасидаги инсоляцияни гигиеник меъёрлаш учун мезонлардан бири бўлиб ҳисобланиши керак.

СОДЕРЖАНИЕ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА В РАЦИОНЕ СТУДЕНТОВ КГМУ

Латышко О.В.

Кировский Государственный медицинский университет

Актуальность. Индол-3-карбинол - это доступное природное соединение, одно из главных активных веществ, обнаруженных в овощах семейства крестоцветных, относится к классу глюкозинолатов. В современной фармакологии метаболиты индол-3-карбинола используют в качестве средства для профилактики и лечения эстрогензависимых опухолей, а также в комплексной противовирусной терапии.

Цель работы. Изучить количество потребляемого студентами индол-3-карбинола как незаменимого минорного компонента пищи.

Методы исследования. Для оценки содержания в пище данного соединения были исследованы более 100 студентов III курса лечебного и педиатрического факультетов (85 девушек и 18 юношей). Им было предложено анонимное анкетирование, состоящее из вопросов, которые выявляли употребляемые в пищу вид растений и количество семейства крестоцветных. Для обработки данных были использованы программы MS Excel 2013.

Результаты исследования. При сравнительном анализе было установлено, что самым распространенным продуктом в рационе студентов был листовой салат (88,3%), а также белокочанная капуста (81%) и пекинская капуста (75,5%). Традиционные для Кировской области продукты, такие как редис, репа и хрен употребляет не чаще 1 раза в месяц только 52% учащихся.

Рекомендуемую суточную дозу потребления индол-3-карбинола (50 мг) получали только 5% девушек, у 26 % опрошенных поступление глюкозинолатов соответствует интервалу 75 - 99%. Среди опрошенных юношей нет ни одного, получающего достаточную дозу индол-3-карбинола в сутки, и только 11% потребляют от 75 до 99% рекомендуемого количества этого вещества.

Заключение. В целом наблюдается недостаточное поступление индол-3-карбинола с пищей, обусловленное дефицитом овощей семейства крестоцветные в рационе студентов. 27% учащихся употребляют разные виды капусты реже 1 раза в месяц. Наиболее часто используемым источником индолов был листовой салат, реже – брюссельская капуста. Роль индол-3-карбинола в механизмах защиты и адаптации организма доказана многочисленными исследованиями, поэтому его наличие в рационе студентов имеет большое значение. Учащимся было рекомендовано регулярное использование в питании разнообразных овощей семейства крестоцветные как в свежем, так и в приготовленном виде.

SIZNING BO'YANISH SUMKANGIZDA QANDAY BAKTERIYALAR YASHIRINGAN

Muhammadjanova M.A., Jumamurodov S.T.

Тошкент тиббиёт академия

Mavzuning dolzarbligi: Xozirgi davrda kosmetik vositalar va bo'yanish mahsulotlarining to'qqiztasi potentsial halokatli mikroblar shu jumladan, stafilokok va Escherichia coli bilan ifloslangan. Kosmetika egalari muntazam ravishda bu bakteriyalarni yuzlariga surtadilar. Shuningdek turli xil teri yuzasi kasaliklar kelib chiqmoqda. Shu bilan birga, 2013 yilda Braziliyada o'tkazilgan bir qator tadqiqotlarda, kosmetik vositalarini doimiy ishlatadigan ayollarning deyarli 98%da teri yuzasi muomolari borligi aniqlangan.

Maqsad: Kosmetik vositalarni ishlatadigan ayollarning teri yuzasining mikrobiologik ifloslanishini oldini olish.

Tekshiruv materiallari va usullari: Tekshirish uchun mikrobiologiya, virusologiya, immunologiya kafedrasiga kelgan talabalarning lab bo'yog'i (36 dona), ko'z qalamlari (36), tushlar (36) material sifatida olindi. TTA bakteriologik laboratoriyasida bakteriologik usulda tekshirildi va og'zaki so'rovnoma o'tqazildi.

Natija: Og'zaki so'rov natijasida kosmetik sumkalarining 93 foizi hech qachon yuvilmagani yoki tozalalmaganligi, ulardan uchdan ikki qismi foydalanish paytida ba'zan erga tushib ketishi ma'lum bo'ldi. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsadiki aynan lab bo'yog'ida bakteriyalarning eng yuqori miqdori aniqlandi, hatto nisbatan yangi bo'lganlarida ham yuqori chiqdi. U erdagi zararli mikroblarning konsentratsiyasi millilitrga nisbatan milliondan ortiq bakteriyalarni tashkil etdi. Boshqa barcha kosmetik vositalarda ifloslanish ko'rsatkichlari meydoran 3-4 barobar yuqori chiqdi. Talabalarning deyarli 98% muddati tugaganidan keyin kosmetik vositalardan foydalanishni davom ettirishlarini tan olishdi.

Xulosa: Kosmetik vositalarni muddati tugagandan keyin foydalanish qat'iy man qilinadi. Shuningdek aseptika qoidalariga amal qilgan xolda foydalanish lozim. Kosmetik sumkalarda millionlab bakteriyalar to'planib qolishi mumkin shuning uchun antiseptik vositalar bilan tozalab turish lozim (spirtli salfetka, antibakterial gel).

БОТУЛИЗМ БИЛАН ХАСТАЛАНИШ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ

Максудова З.С., Назиров Ш.А., Эшбеков Ш.Т.

*Тошкент тиббиёт академияси***Тадқиқот мақсади:** Ўзбекистон Республикасида сўнгги 7 йилда ботулизм билан касалланиш даражасини қиёсий ўрганиш.**Тадқиқот усуллари:** Ўзбекистон Республикаси Давлат санитар эпидемиологик назорат Марказидан олинган 2012-2018 йиллар оралиғида ботулизм билан касалланиш бўйича маълумотлар тахлили.

Олинган натижалар: Ўзбекистон Республикаси Давлат санитар эпидемиологик назорат Марказидан маълумотлар тахлилига кўра, Ўзбекистон Республикаси ботулизм ҳодисасининг учраши деярли бир хил даражада турибди. Фақатгина 2018 йилга келиб, ҳодисаларнинг учраш даражаси 2012 йилга нисбатан 1,2 баробарга камайган.

Ўрганилаётган йиллар давомида ботулизмдан кузатилган ўлим ҳолатлари тахлил этилганида маълум бўлдики, сўнгги 2 йил давомида ўлим ҳолатлари 2016 йилга нисбатан 4,3 баробарга камайган ҳамда 2018 йилга келиб 3 та ўлим ҳолати кузатилган. Худди шундай ҳолат 2013 йилга хос бўлган, 2012 йилга нисбатан ушбу йилда ўлим ҳолати 3,7 баробарга пасайган, аммо кейинги йилларда ушбу кўрсаткич аста-секин кўтарилиб бориб, 2016 йилда энг юқори даражага етган (13 та).

Ўзбекистон Республикасида сўнгги 7 йил давомида ботулизм ҳодисаларини учраши бир хил даражада турибди, камайиш ёки кўпайиш тенденциясига ҳам эга эмас. 2012-2018 йиллар оралиғида ботулизмга олиб келувчи асосий сабабчи йиллар давомида ўзгармаган ҳолда уй шароитида тайёрланган бодринг, помидор консервалари бўлиб қолмоқда ($71,3 \pm 2,5\%$). Бу эса аҳоли ўртасида санитар-оқартув ишларини кучайтириш ҳамда аҳолини сув билан таъминотини яхшилаш зарурлигини кўрсатади. Сўнгги 2 йил давомида ўлим ҳолатлари 4,3 баробарга камайган (2018 йилда 3 та ўлим ҳолати). Бу ботулизмни эрта ташхисоти яхшиланганлигидан далолат беради.**ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Маливская Л.П., Азизова Ф.Л.

*Ташкентская медицинская академия***Введение.** За последние десятилетия экономический рост, технический прогресс и преобразования в социальной сфере, недостаточная физическая активность, употребление высококалорийных продуктов, сладких газированных напитков, увеличение порции принимаемой пищи, малоподвижный образ жизни привели к прогрессии распространения ожирения. Ожирение одновременно является и социальной проблемой, так как оно отрицательно сказывается на работоспособности и продолжительности жизни людей. Избыточный вес увеличивает вероятность развития и прогрессирования сердечно-сосудистых и других заболеваний.**Цель.** Гигиеническое обоснование и разработка рациона лечебно-профилактического питания женщин трудоспособного возраста с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением 1 степени с включением традиционных блюд.**Объекты и методы исследования.** Исследования проводились в течение 2019-2020 гг. на ряде производственных объектах Алмазарского района г. Ташкента. Объектом научных исследований были выбраны 126 женщин трудоспособного возраста с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением 1 степени. При проведении научных исследований был использован комплекс апробированных методов в гигиене питания в зависимости от поставленных задач: метод анкетирования; антропометрические и физиологические показатели функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем; статистический метод.**Результаты.** Основываясь на данных анкетного опроса было установлено, что формированию заболеваний помимо пищевого поведения также способствовали: малая физическая активность как во время профессиональной деятельности, так и в свободное от работы время. 33,6% обследованных женщин проходили пешком в течение дня расстояние не превышающее 1 км. Всего лишь 9,2% занимались физическими упражнениями. При этом повышенная пищевая мотивация имела место у 84 женщин (66,7%). Однако ведущее место среди этиологических факторов избыточной массы тела и ожирения 1 степени у обследованных принадлежало неадекватному питанию.**Выводы.** Изучение избыточной масса тела в 68,4% случаях определялось в возрастной группе в 50-59 лет у женщин со средним ростом 160-170 см, согласно индексу массы тела избыточная масса тела отмечалась также более чем у 68% опрошенных.

Исследование у данного контингента функционального состояния кардиореспираторной системы показало, что при выполнении физических тренировок средней интенсивности обеспечивается необходимая работоспособность организма за счет улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Оценка фактического питания обследованных женщин трудоспособного возраста показала, что имеется не только ежедневное превышение энергопотребления над энерготратами, но и выраженная жировая (за счет животных жиров) направленность питания на фоне недостаточного потребления пищевых волокон, витаминов (А, D, PP, B2, фолиевой и пантотеновой кислот), а также недостаточности минеральных веществ (магния, кальция, йода, фтора, меди и цинка).

При физических нагрузках средней интенсивности женщинам трудоспособного возраста с избыточной массой тела и ожирением 1 степени следует применять разработанный лечебно-профилактический рацион питания, который обеспечивает снижение массы тела за счет жировой ткани.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УТОПЛЕНИЙ В ВОДОЕМАХ Г.ДУШАНБЕ

Назирова С., Бахриев И.И.

*ГОО «Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»***Актуальность.** За последние годы в судебно-медицинской и клинической практике возрос удельный вес насильственной смерти, и занимает первое место среди смертностей (Д.В.Богомолов, Ю.И.Пиголкин, И.А.Пешкова, 2003). Среди причин насильственной смерти одно из главных мест занимает механическая асфиксия, которая составляет 28-30% всей насильственной смерти. На долю утопления приходится 39% из указанного объема случаев (Ю.С.Исаева, 1990).**Цель исследования.** Изучение частоты встречаемости и установление характерных особенностей утопления в водоемах г. Душанбе.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили 91 случая утоплений в реках г. Душанбе (Душанбе, Кофарнихон, Элок, Лучоб, Харангон и Тагоб), где наиболее часто происходят случаи утопления. Также, были проанализированы все случаи утопления за период с 2013 по 2017 год, и проведён ретроспективный анализ лабораторных исследований в заключениях судебно-медицинских экспертиз.

Результаты исследования и обсуждение. Установлено что, среди утопленных преобладали лица мужского пола – 64 (70,3%), а лица женского пола составили 27 случаев (29,7%). В возрастном аспекте анализ показал, что дети до 10 лет составили 7,2%, 10-20 лет – 9,4%, но наиболее часто утопленниками оказывались люди в возрасте 20-30 лет (47,6%) и 30-40 лет (29,4%). Меньше всего смертей от утопления было среди людей пожилого и преклонного возраста, т.е. старше 60-ти лет (6,4%).

Анализ места утопления выявил, что наибольшее число случаев утопления наблюдалось в реке «Душанбе» – 31 (34%), при этом мужчины составили 24 (26,4%), а женщины – 7 (7,6%). В речке «Кофарнихон» обнаружили 17 (18,7%) утопленников: 12 (13,2%) мужчин и 5 (5,5%) женщин. Почти такое же количество случаев утопления наблюдалось в водоёме «Элок» – 16 (17,6%), в том числе, соответственно, 11 (12,1%) мужчин и 5 (5,5%) женщин. В реке «Лучоб» за период нашего наблюдения утонуло 10 человек (11%), среди них мужчин было 7 (7,7%), а лиц женского пола – 3 (3,3%). Меньше всего из анализируемых водоёмов случаев утопления было в речке «Харангон» – 8 (8,8%), из них было 5 (5,5%) мужчины и 3 (3,3%) женщин и в речке «Тагоб» - 9 (9,9%) из них 5 (5,5%) мужчины и 4 (4,4%) женщин.

Таким образом, анализ исследуемого материала свидетельствует о том, что наиболее часто среди утопленников встречались лица мужского пола, а по возрастным показателям среди утопших преобладали лица наиболее работоспособного возраста (20-40 лет).

Конкретно выявить причину этого явления нам не удалось, но, учитывая, что среди утопленников мужского пола лиц с наличием алкоголя в крови было больше, чем у лиц женского пола, можно принять во внимание этот фактор, как фактор риска утопления. Из 91 случая утопления в 24 случаях (26,4%) в крови у трупов был обнаружен алкоголь.

Выводы. Из трёх выделенных групп (до 20 лет, от 20 до 60 лет и старше 60 лет) больше всего употребляли алкоголь до утопления лица мужского пола из группы от 20 до 60 лет (всего 19 случая, из них у лиц мужского пола – 14), в 4-х случаях алкоголь был выявлен у лиц до 20 лет и в 1 случае – в группе лиц старше 60 лет.

Наибольшая концентрация этилового спирта в крови составила 3,8‰ (промилли), наименьшая – 0,4‰. В среднем, концентрация алкоголя в крови у 37 трупов составила $1,64 \pm 0,16$ ‰, а это соответствует средней степени опьянения у живых лиц.

ДОКЛИНИЧЕСКОЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОАКТИВНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗ

Ниязова З.А.¹, Рахманов А.Х.², Хегай Л.Н.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,

²Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. Создание и внедрение новых нетоксичных, биодegradируемых покрытий для лечения проникающих ранений глаз является приоритетной задачей ученых, технологов и офтальмологов. Для оценки медико-биологической безопасности новых изделий медицинского назначения необходимо проведение доклинических токсикологических исследований на различных видах лабораторных животных. Глубокое и тщательное изучение токсичности новых материалов на животных необходимо для профилактики нежелательных реакций при клинических испытаниях.

Цель. Изучение острой токсичности отечественного поликомпозиционного, биоразлагаемого покрытия для лечения проникающих ранений глаз.

Материал и методы исследования. Биоактивное покрытие синтезировано группой ученых Узбекистана на основе Na-КМЦ, метиленового синего (краситель с фотосенсибилизирующей и антимикробной активностью) и пластификатора глицерин. Опыты проводили на 36 половозрелых крысах-самцах массой тела 150-170 гр. Животные содержались в стандартных условиях вивария МНИЛ ТМА. Растворы отечественного биоразлагаемого покрытия для лечения проникающих ранений глаз вводили внутривентрикулярно однократно в дозах 1000, 2000, 3000, 4000 и 5000 мг/кг.

Результаты. 36 животных были распределены на 6 групп по 6 особей в каждой группе. Животные 1 группы подвергались затравке в дозе 1000 мг/кг раствора биопокрытия, 2 группе вводили 2000 мг/кг, 3-ей группе 3000 мг/кг, 4-ой 4000 мг/кг, 5-ой 5000 мг/кг. Животным контрольной группы вводили эквивалентный объем дистиллированной воды. Наблюдение за общим состоянием животных велось ежедневно в течение 1-14 сутки опытов. Результаты проведенных опытов показали, что в пяти опытных группах в течение всего периода экспериментов не наблюдались заметные признаки интоксикации. Общее состояние животных, потребление пищи и воды, особенности поведения, координация движения, реакция на внешние раздражители, состояние шерстного и кожного покрова, окраска слизистых оболочек, количество и вид фекальных масс не отличались от показателей в контрольной группе. За весь период опытов гибели животных не отмечено. Из-за отсутствия гибели животных установить LD_{50} не представилось возможным.

Вывод. На основании результатов экспериментальных исследований по изучению отечественного поликомпозиционного, биоразлагаемого покрытия для лечения проникающих ранений глаз в условиях «острого» опыта при внутривентрикулярном введении, биопокрытие относится к 5-му классу – практически нетоксичное вещество.

СОЯ УНИ БИЛАН БОЙТИЛГАН НОН МАҲСУЛОТЛАРИНИ ОЗУҚАВИЙ ҚҲЙМАТИГА БАҲО БЕРИШ

Отажонов И.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Жаҳон тажрибаси оқат толалари миқдори кўп бўлган маҳсулотлар, диспергирланган уруғ, витаминлар ва минерал моддалар билан бойтилган маҳсулотлар, йод миқдори оширилган маҳсулотлар, озиқ ва энергетик қиймати оширилган маҳсулотлар каби соғлом маҳсулотлар гуруҳига тааллуқли нон-булка маҳсулотларига эҳтиёжнинг ошганлигидан далолат беради. Нон аҳолининг асосий ҳар кунлик оқат маҳсулоти сифатида энг қулай объект ҳисобланади, у орқали оқат рационининг озуқа ва профилактик қийматини керакли йўналишда коррекция қилиш мумкин.

Тадқиқот мақсади. Соя уни билан бойитилган нон маҳсулотларини озуқавий қийматига баҳо бериш.

Тадқиқот материал ва услублари. Текшириш объектлари бўлиб массаси 0,4 кг дан 1,1 кг гача бўлган қолипсиз ва қолипли кўринишда ишлаб чиқариладиган – 5% ли соя унидан ишлаб чиқарилган «Бойитилган» нон, 10% ли соя унидан ишлаб чиқарилган «Бойитилган» нон, соя уни қўшилмаган нон (назорат), шунингдек дезодорацияланган ярим ёғсизлантирилган биринчи навдаги соя уни ва олий навли новвойлик буғдой уни ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари. Назорат гуруҳидаги нон таркиби 7,8 г оқсил, 0,9 г ёғ, 49,3 г углеводдан иборат бўлиб, 237 ккал қувватмандликка эга. 5% (оқсил – 8,1 г, ёғ – 1,1 г, углевод – 44,4 г, қувватмандлик – 220 ккал) ва 10% (оқсил – 8,74 г, ёғ – 1,34 г, углевод – 40,7 г, қувватмандлик – 208 ккал) соя уни билан бойитилган «Бойитилган» нон таркиби назорат гуруҳидаги нондан бироз фарқ қилди: Тажриба нони намуналари таркибидаги минерал моддалар (Са – 29 ва 36 г, Fe – 2,1 ва 2,3 г, Р – 110 ва 123 г, Mg – 39,7 ва 44,2 г, К – 196 ва 245 г) миқдори назорат остидаги нондан (Са – 26 г, Fe – 1,6 г, Р – 83 г, Mg – 33 г, К – 127 г) сезиларли даражада кўп эканлигини кўришимиз мумкин. Фақат натрий элементи миқдори назорат нони (488 г) таркибида тажриба нонидан (406 ва 405 г) кам эканлиги аниқланди.

Дезодорацияланган ярим ёғсизлантирилган биринчи навли соя уни 5 % қўшиб тайёрланган нонда оқсил миқдори 1,2 мартага кўпаяди, тайёр маҳсулотни сақлаш муддатини ва қувватмандлигини 10-20% га оширади.

Соя уни билан бойитилган («Бойитилган» нон) нон яхши органолептик ва физик-кимёвий кўрсаткичларга эга. Бу усулда олинган «Бойитилган» нон сурункали буйрак касаллигига чалинган беморларда парҳез терапияси, шунингдек сурункали буйрак касаллигини олдини олишда ишлатилиши мумкин.

Хулосалар. Оқсил, минерал моддалар, витаминлар ва овқат толалари етарли миқдорда мавжуд бўлган ГМО бўлмаган соя унини буғдой унига қўшимча сифатида ишлатилганда нон маҳсулотларини озуқавий ва биологик қийматини оширади.

MANAGING DISTANT TEACHING OF “HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY” SUBJECT IN NOWADAYS MEDICO-SOCIAL CONDITIONS

Popova I.S.

*Department of Histology, Cytology and Embryology,
Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine*

The rapid spread of the coronavirus and the situation that the world community is facing nowadays (spring period quarantine, 2020) with strict self-isolation rules makes classical conduction of educational process impossible. That is why, current medico-social situation demands higher medical establishments to either stop or find ways to adjust the educational process for medical students. The goal of Bukovinian State Medical University (BSMU) is to ensure qualified educational process in this obstacles invariably by the help of remote learning. This involves continuation of practical classes, lectures, exams and modules as well as continuous individual learning for students online. Department Histology, Cytology and Embryology at BSMU is teaching medical students of the first and second academic courses (2nd and 3rd semesters). To provide qualified medical education, scientific and pedagogical tutors of the Department are continuing to conduct practical seminars online by the means of Google Meet institutional platform. Virtual online classes are conducted in the accordance with the curriculum as a collaboration of the whole group and their tutor during 2 academic hours. One of the main challenges that we have faced during quarantine distance e-teaching is adaptation questions on organization of practical seminar online. This questions include involvement of additional visual and interactive research-based material, organization of examination during control modules and ensuring that practical skills are mastered by the students. To solve this, we have developed an interactive Power Point presentations (on each of the topics of practical classes) that involve student's interaction by answering theoretical questions and also discussion on histological composition of tissues that are depicted on slides. Department has also used digital version of the flash-cards with histological slides (on special Histology) with photos of specimens on different magnifications with descriptions of structures. This methodological and practical material has helped in explanation and demonstration of histological material virtually, when using a microscope is impossible. Additional tool is a test (MCQ) control that was possible by the means of BSMU Moodle platform. This remote MCQ controls were held during online classes only with a strict limit of time and high percentage of passing points. Another important question in teaching Histology online was the feedback that we have received from Ukrainian and English-speaking students. Understand their needs and problems during this quarantine period is crucial in providing effective and student-oriented education. The methodology of practical classes could involve more material in case students didn't manage to understand any of the practical skills on histological slides interpretation or theoretical material mastering. As a result, computerized distant online learning is effective for teaching Histology, Cytology and Embryology subject in 1st year students, that includes theoretical discussion, teaching basic histological slides interpretation skills. We believe that educational process can be of high quality even in the condition of the world pandemic by involving new approaches in teaching and analyzing feedback from students.

БИОЭТИКА В УЗБЕКИСТАНЕ

Раимкулова Д., Запеевалова А., Турсунбаева Д., Саидалиходжаева С.З.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Большое количество проводимых исследований и учебных экспериментов в области биомедицинских наук приводят к нерациональному использованию большого количества животных и как следствие их гибель.

Цель: Разработка этических принципов и правил проведения исследований на животных в масштабах Республики Узбекистан. Сокращение числа животных, используемых в учебном процессе, внедрение виртуальных методов изучения физиологии животных и механизм развития патологий.

Методы: Был проведен подсчет количества животных, используемых в учебных целях среди студентов ТМА. Для изучения патогенеза гипоксии используется в среднем 40 беспородные белые крысы массой тела 120-160 гр.. Изучались международные биоэтические нормы, а также существующие альтернативные методы, заменяющие использование животных.

Результат: Во многих европейских странах используются новейшие методики обучения, включающие компьютерные модели и ситуационные муляжи, что можно внедрить в нашем государстве.

Выводы: По данным исследования можно сделать вывод, что в экспериментальную медицину и учебный процесс необходимо внедрение альтернативных форм проведения исследований. Необходимо вести пропаганду по защите и гуманному отношению к животным среди студентов и молодых научных работников.

ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШДА ВЕТЕРЕНИРИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Расулов Ш.М., Матназарова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикаси эхинококкозга нисбатан эндемик ҳудудга таълуқлидир. Зарарлиниш даражаси ҳар 100000 аҳолига 6-9 кишини ташкил этади. Эхинококкоз сабабли йилда ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари сони 1000 дан 1500 гачани ташкил этади.

Тадқиқотнинг мақсади. Тошкент шаҳрида эхинококкознинг тарқалганлигини ва профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Санитария-эпидемиологик осойишталик агентлигининг эхинококкоз билан касалланиш бўйича 1998-2018 йиллардаги расмий ҳисоботлари. Ушбу тадқиқот бажарилишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари.

Тошкент шаҳрида 1998-2018 йиллар давомида рўйхатга олинган эхинококкоз касаллигининг таҳлили шуни кўрсатадики, касалланганлар сони 6 нафардан 46 нафаргача учраганлиги аниқланди.

Таҳлилнинг дастлабки йили – 1998 йилда 34 нафар эхинококкоз билан касалланганлар аниқланган ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнида энг юқори кўрсаткич 1999-2000 йиллар кузатилиб касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 2,15 ташкил қилган. Таҳлил этилган 21 йил ичида Тошкент шаҳрида жами 511 - нафар касалланганлар аниқланган бўлиб, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан 0,2 дан 2,15 оралиғида бўлди. 2014 йилдан бошлаб пасайиш тенденцияси кузатилиб, 2018 йилга келиб касалланганлар сони 6 нафарни ташкил қилди.

Эхинококкоз бўйича эпидемиологик вазиятни яхшилашда асосий ролни кенг қамровли профилактик чора-тадбирлар эгаллайди. Кўпгина давлатларда қорамол ва итларни санация қилишга асосланган профилактик дастурлар қабул қилинган, бу эса шубҳасиз ижобий силжишларга олиб келади. Эхинококкоз касаллиги кўпроқ уй ҳайвонлари билан мулоқатда бўлувчиларга, шу жумладан чўпонларга, сут соғувчиларга, мол соғувчиларга, фермерларга, ит боқувчиларга кўпроқ юққанлиги аниқланди.

Хулоса. Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудудларида шу жумладан Тошкент шаҳрида эхинококкоз тарқалган. Эхинококкоз касаллигини юқиш йўллари бўйича энг кўп маиший-мулоқат йўли орқали юқиши, касаллик асосан итлардан ва яхши ювилмаган кўкатлардан юқиши аниқланди. Эхинококкозда антигенларга қарши антителоларни аниқлаш учун иммуноферментатив таҳлил энг самарали усул ҳисобланади, шунинг учун хавfli гуруҳга кирувчиларни текширувдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

СПОРТЧИЛАР ОВҚАТЛАНИШИ ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Рўзиназаров Б.А., Марданов Ш.А., Тошматова Г.О.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент шаҳри

Спортчиларнинг мағлубияти кўпинча улар истеъмол қилаётган таомларидаги озуқавий моддаларнинг етарли бўлмаслиги ёки кун давомида тўғри тақсимланмаслиги билан ифодаланади. Чунки спортчи ютуқларига жисмоний ва ақлий юкламаларнинг биргаликда бажаралиши натижасида эришади. Тайёргарлик машғулоти ва мусобақалар даврида спортчи кўп миқдорда қувват сарф этади. Тайёргарлик машқлари давомида спортчининг асаб тизими кучли оғирликка дуч келади, ўз вақтида стресс ҳолатидан чиқиб кетмаслик ошқозон-ичак, юрак қон-томир тизими касалликлари ривожланишига сабаб бўлади. Спортчиларнинг овқатланиши ва энергия сарф қилиши улар шуғулланадиган спорт тури ва юкламанинг оғирлик даражасига боғлиқ.

Спортчилар спорт билан шуғулланмайдиган аҳолига нисбатан уч баробар кўпроқ энергия сарф қилганлиги сабабли истеъмол қилинадиган овқат рационини режалаштиришда ҳам шу хусусиятни ҳисобга олишлари керак. Етарли овқатланмаслик спортчининг чидамлик кучини камайишига олиб келади ва мушакларнинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатиши билан бирга бир қанча касалликларни келиб чиқишига сабаб бўлади. Спортчилар таомномаси қуйидаги 6 гуруҳ асосий озиқ-овқат маҳсулотларига ажратилади:

1. Сут ва сут маҳсулотлари: творог, кефир, простокваша, йогурт; 2. Гўшт ва гўшт маҳсулотлари, балиқ, парранда гўшти, тухум; 3. Ун ва ун маҳсулотлари: ёрмалар, ширинликлар, макарон, картошка. 4. Ёғлар 5. Сабзавотлар. 6. Мевалар. Булардан биринчи ва иккинчи гуруҳга кирувчилар оқсилга бой бўлиб спортчилар таомномасида бўлиши мушаклар кучининг ортишига ижобий таъсир кўрсатувчи озиқ-овқатлардир.

Тадқиқот мақсади. Республика ихтисослашган олимпия захиралари мактаб интернатидаги олимпия мусобақаларида иштирок этувчи камондан отиш спорт тури жамоасининг овқатланишини ўрганиш ва мушакларнинг қувватманлигини ошириш

Тадқиқот объекти бўлиб Республика ихтисослашган олимпия захиралари мактаб интернатидаги олимпия мусобақаларида иштирок этувчи камондан отиш спорт тури жамоасининг спортчилари бўлишди. Спортчилар овқатланиши етарли эканлигини аниқлаш мақсадида улар орасида антропометрик ўлчовлар ва анкета сўровномалар ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама. Ўтказилган текширув натижаларига кўра камондан отиш билан шуғулланувчи спортчиларда мушак қисмининг етарли эмаслиги, ортиқча ёғ миқдори ва тана вазни индексининг меъеридан ортиқча эканлиги маълум бўлди. Овқат таркиби ташкиллаштирилган таомнома бўйича ўрганилганди. Бунда таомномада овқат қувватманлигининг етарли эмаслиги, кун тартиби бўйича тўғри тақсимланмаганлиги (3 махаллик) ва овқат таркибида улевод миқдорининг меъеридан ортиқча эканлиги аниқланди. Таомнома таркибида витамин сақловчи озиқ-овқатлар,

жумладан, хўл мева ва сабзавотлар миқдорининг етарли эмаслиги, сув миқдори меъёридан пастлиги ҳам аниқланди. Олинган маълумотлар асосида суткалик рационда озиқ моддаларининг физиологик меъёрларидан: хайвон оқсилларининг танқислиги (маълумотлар ҳисоблаш усули билан олинди) 13-22%, ўсимлик ёғи танқислиги – 12%, калций танқислиги – 37-40%, витамин А танқислиги – 25-50%, аскорбин кислотаси танқислиги – 17-32% аниқланди.

Аниқланган натижалардан келиб чиққан ҳолда уларга қуйидаги тавсиялар берилди. Камондан отиш спортчилари учун хафталик таомнома тавсия этилди. Таомнома овқатланишни беш маҳаллик: учта асосий овқат, иккита кичик тамадилар ташкил қилинишини, таомлар таркибини оқсилга бой бўлган гўшт ва гўшт махсулотлари (колбаса, сосиска), нонуштада сут ва сут махсулотлари: творог, сутли бўтқалар, бринза, пишлоқ, мевали йогурт, тамадди вақтида рационга мевалар, сабзавотлар, бошоқли ўсимлик махсулотлари, айниқса, цитрусли мевалар ва карамдошлар оиласига мансуб бўлган, каротинга бой сабзавотларни киритиш тавсия этилди.

Маълумки спортчилар саломатлигида ва қувватмандликни меъёрида сақланиб қолинишида сувнинг ўрни алоҳида. Шунинг учун уларга сув ичиш тартиби ва меъёрлари ҳақида кўрсатмалар берилди. Кунлик рационларига минералга бой “Чортоқ” ёки “Боржом” сувларини ичиш ҳам тавсия этилди. Оқсил сақловчи озиқ-овқатлар ичида саломатлик учун энг фойдали бўлган зайтуннинг ўрни катта. Шунинг учун спортчилар таомномасида эрталабки нонуштага 7 донадан зайтун меваларини ҳам истеъмол қилиш тавсия этилди. Тамадди вақтида мушаклар кучини сақлаб қолиш мақсадида спортчиларга 50гр дан сутли шоколадлар рационга киритилди. Оғир жисмоний юкламадан сўнг, айниқса, тайёргарлик машқларидан сўнг ошқозон овқат хазм қилиш учун тайёр бўлмайдди. Шунинг учун спортчиларга аввал 20-30 дақиқалик тикланиш учун танафуслар ташкил этилиб, кейин овқатланиш таклиф этилди. Аввал енгил хазм бўлувчи суюқ таомлар ва 50-60 дақиқадан сўнг иккинчи таомларни истеъмол қилиш буюрилди.

Хулоса. Кузатув остида бўлган спортчилар орасида қайта сўров-анкета ўтказилганда уларда иш қобилияти ва чидамликнинг ортганлиги, спорт натижаларининг юқорилашганлиги, уйқучанлик ҳолатлари қайд этилмагани ва мушакларнинг юкламаларга бўлган чидамлигини ортганилиги аниқланди. Бундан кўриниб турибдики спортчиларни юқори натижаларга эришишида оқсил ва витаминларга бой овқатланишнинг ўрни беқиёс.

САЛЬМОНЕЛЛЭЗЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗОТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Саидқасимова Н.С., Миртазаев О.М.

Тошкент тиббиёт академияси

XX асрнинг 90-йилларда Ўзбекистонда юз берган сиёсий, ижтимоий ва иқтисодий ўзгаришлар сабабли озиқ-овқат махсулотларини ишлаб чиқаришда ва сотишда сезиларли ўзгаришлар юзага келди. Кўпчилик умумий овқатланиш ва савдо корхоналари хусусий мулкка айлантирилди. Бир вақтнинг ўзида санитария-эпидемиология хизмат тизимини ислоҳ қилиш ишлари бошланиб, назорат объектларини текширишлар сони ва ташқи муҳит объектларидан микробиологик текширишлар учун намуна олишлар кескин чекланди.

Жамиятнинг ижтимоий соҳасидаги бундай ўзгаришлар сальмонеллез касаллигининг эпидемик жараёнига таъсир ўтказмасдан қолмайди. Чорвачилик ва паррандачилик хўжаликларининг хусусийлаштирилиши, чорва махсулотларини тайёрлаш, сақлаш ва сотиш жараёнларининг ўзгариши сальмонеллезлар эпизоотик жараёнининг ўзгаришига сабаб бўлади. Шунинг учун ҳам сальмонеллеларнинг замонавий эпидемиологик ва эпизоотологик хусусиятларини ўрганиш ва уларнинг эпидемиологик назоратини такомиллаштириш ҳозирги куннинг долзарб муаммоларидан биридир. Ҳозирда Ўзбекистонда сальмонеллезлар билан касалланишга пасайиш тенденцияси хос бўлиб, касалланиш кўрсаткичи 1991 йилда 34,12 бўлган бўлса, 2017 йилда бу кўрсаткич 2,3ни ташкил қилган.

Мамлакатдаги салмонеллез касаллиги бўйича ўртача кўрсаткичларнинг сезиларли даражада ортиши кузатилмоқда (1,5-2март) 1991-2017-йилларда Ўзбекистоннинг қуйидаги субъектларида: Қорақалпоғистон республикаси (100 минг аҳолига 8,5 та), Хоразм (6,6), Фарғона вилояти (21,9), Тошкент вилояти (21,54), Сирдарё вилояти (10,5), Сурхандарё вилояти (5,8), Самарқанд (4,9), Наманган (7,2), Навоий (5,3) Қашқадарё вилояти (6,7), Жиззах вилояти (7), Бухоро вилояти (5,09), Андижон вилояти (11,0), Тошкент шаҳри (37,32)ни ташкил этди. Сальмонеллез ёш хайвонларнинг ошқозон-ичак касаллиги бўлиб, барча хайвонлар учун хосдир. Чунончи, қўзғатувчилар бузоқлар учун *Salmonella* *dyblin*, *sal. rostok*, *sal.typhimurim*, чўчқа болалари учун *Sal.cholera suis*, *Sal.typhisuis*, кўзилар учун эса *Sal.abortus ovis* характерлидир, қулунларда *Sal.abortus egvui*, товукларда *Sal.gallinarum* касаллик сабаблари бўлиб ҳисобланади. Ёш моллар касалликлари жуда кўп мамлакатларда кенг тарқалган. Улар асосан юкумли касалликлар бўлиб, пастереллез, сальмонеллез, колибактериоз ва уларнинг аралаш ҳолда учраши катта аҳамиятга эгадир.

Шунинг учун ҳам бу касалликларни вақтида аниқлаш, яъни туғри ташхис қўйиш уларнинг даволаш ва олдини олишда жуда муҳим ўрин тутаяди. Ҳозирги кунда дунё миқёсида чорва хайвонлари бактериал касалликларининг тарқалиши 16,2 фоизни, шундан аралаш бактериал касалликлар 10,9 фоизни ташкил этади.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Тажиева З. Б.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Обменная нефропатия составляет от 27% до 64% в структур заболеваемости мочевыделительной системы у детей, а в повседневной практике врача общей практики синдром обменных нарушений в моче отмечается практически у каждого третьего больного.

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

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 200 детей в возрасте от 3 до 14 лет, проживающих в Хорезмской области. Исследование проводилось с 2017 по 2019 годы. Проводили исследование общего анализа мочи, УЗИ почек и биохимический анализ крови.

Результаты. Нами была разработана диета с учетом региональных особенностей питания детей. Дети в зависимости от диетотерапии были разделены на две группы: первая группа – дети, которые не получали диетотерапию (n=50); вторая группа – дети, которым была назначена специальная диетотерапия (n=150). Из рациона детей с оксалатной нефропатией были исключены продукты, содержащие щавелевую кислоту: шпинат, бобовые, цитрусовые, шоколад, газированные напитки, кислые сорта яблок, сливы. Ежедневный рацион детей включал такие продукты, как молочно-кислые, печень, картофель, капуста. Для каждого ребенка был составлен недельный рацион, который включал продукты с меньшим количеством оксалатов. Помимо рациональной диеты в лечении оксалатных нефропатий уделяли большое внимание правильному питьевому режиму. Мы рекомендовали употреблять до 1,5 л жидкости в зависимости от возраста ребенка. До лечения у всех детей определяли оксалаты в моче 4 и более плюсов. У большинства детей (58%) в анализе мочи было соли оксалатов в большом количестве. После специальной диетотерапии уровень оксалатов в моче составил $0,4 \pm 0,2$. У детей, которые находились на обычном питании уровень оксалатов составил $2,5 \pm 0,3$. СКФ у детей основной группы до лечения составил в среднем.

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

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ

Тиллаева Ш.О., Мирзаахмедова М., Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академеяси

Аллергик ринит дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, ҳозирги ушбу касалликдан аҳолининг 30% – 50% азият чеқмоқда. Ушбу патологиянинг ривожланишида тиббий-биологик ва санитар-гигиеник омилларнинг таъсири билан бир қаторда атроф муҳит омилларининг таъсири ҳам муҳим ўрин тутди. Атмосфера ҳавосининг ифлосланиши аллергия ринитнинг келиб ривожланишига ва қайталанишига сабаб бўлиши олимларнинг тадқиқот ишлари натижалари бўйича тасдиқланмоқда.

Ишнинг мақсади болаларда аллергия ринит касаллигини ривожланишида атмосфера ҳавосининг таъсирини ўрганиш, ушбу касалликнинг ривожланишини олдини олиш бўйича профилактик тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тошкент шаҳар Давлат санитария эпидемиология назорат марказидан олинган маълумотларга кўра Олмазор тумани атмосфера ҳавосидан олинган намуналар тахлили чангнинг миқдори 2016 йилда олинган намуналарнинг 44,5% ида, 2017 йилда – 12,2% ида, 2018 йилда эса 48,5% ида рухсат этилган концентрациядан (РЭЖ) юқори эканлигини, CO_2 нинг миқдори эса 2016 йилда олинган намуналарнинг 1,67% ида, 2017 йилда – 2% ида РЭЖ дан юқори эканлигини кўрсатди. Атмосфера ҳавоси таркибидаги чанг миқдорининг РЭЖдан юқори бўлиши аллергия ринитнинг ривожланишида хаф омилларининг етакчиларидан ҳисобланади.

Олмазор тумани аҳолисининг умумий касаллини кўрсаткичларини тахлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, 2016 йилда жами касалланишлар сони 35517 бўлиб, шулардан 8650 таси нафас олиш аъзолари касалликлари ташкил этган. Аллергик ринит билан 187 нафар бола касаллангани қайд этилган. 2017 йилда жами касалланишлар сони 51612 бўлиб, шулардан 8857 таси нафас олиш аъзолари касалликлари ҳисобланиб, ундан 122 таси аллергия ринит билан касалланган болалар, 2018 йилда жами касалланишлар сони 65700 бўлиб, шулардан 8938 таси нафас олиш аъзолари касалликлари ҳисобланиб, ундан 138 таси аллергия ринит билан касалланган болалар сонига тўғри келади. Бунда 2016 йил 52,4% и қизлар, 2017 йилда 68% и қизлар, 2018 йилда эса 61,59% қизлар сонига тўғри келади. Бундан кўриниб турибдики ўғил болаларга нисбатан қиз болалар кўпроқ ушбу касаллик билан касалланганлар.

Аллергик ринит касаллиги ривожланишида санитар гигиеник ва тиббий биологик омилларнинг таъсирини ўрганиш бўйича аҳоли ўртасида сўровнома ўтказилди. Аллергик ринит билан касалланган беморларнинг 28% автомагистрал йўлга, 26% саноат корхоналарига яқин жойда истиқомат қиладилар. 18% беморларнинг хонадонда чекувчиларнинг мавжудлиги, 10% ида эса ушбу касалликнинг ирсий эканлигини кўришимиз мумкин. Назорат гуруҳидаги болаларнинг 22% автомагистрал йўлга яқин жойда, 20% эса саноат корхоналарига яқин жойда истиқомат қиладилар. 2 ва ундан ортиқ хавф омили таъсирига остида бўлиши аллергия ринит ривожланиши хавфини ошириши эҳтимоли борлиги ўрганиш мақсадида кузатувимизда бўлган респондентлардан олган маълумотимиз тахлили шуни кўрсатдики 50 фоиз касалланганлар 3та хавф омили таъсирида экан (1.саноат корхоналари ва 2.автомагистрал йўл яқинидаги уйларда истиқомат қилиши ҳамда 3.уйда чекувчилар бор); 19 фоиз касалланганлар 2та хавф омили таъсирида экан (1.наслий омиллар билан бир қаторда 2.саноат корхоналари яқинидаги уйларда истиқомат қилинишади; ёки 1. Уй хайвонлари ва чекувчиларнинг борлиги). Бу натижа эса комплекс таъсир аллергия ринит ривожланиши хавфини оширади деган тахмин қилишимизга асос бўлди.

Ишимизнинг кейинги босқичида асосий (аллергик ринит билан касалланганлар) ва назорат гуруҳига киритилган болалар яшайдиган хонадонларда ўлчов ишлари амалга оширилди. Бунда ички муҳитдаги чанг (PM 10, PM 2,5), CO_2 ва формальдегид миқдорида гигиеник баҳо берилди. PM 10 миқдори асосий гуруҳга киритилган хонадонларда РЭЖдан 1,9 баробар юқорилиги, назорат гуруҳида – 1,5 баробар юқорилиги, шунингдек CO_2 миқдорининг ҳам РЭЖдан юқорилиги аниқланди. Формальдегид миқдори эса асосий гуруҳда РЭЖдан 1,4 юқори эканлиги аниқланди.

Хулоса: Охирги 3 йилда атмосфера ҳавосини тахлил қилиш натижалари олинган синамаларнинг 34,97 % да чанг миқдори (1,79 % да CO_2 миқдори РЭЖдан юқори эканлигини кўрсатди. 14 ёшгача бўлган болаларнинг (92578) 0,48 % да аллергия ринит қайд этилган бўлиб (71,4% да қиз болаларда), 2016 йилдан 2018 йилга 10,96% га камайган. Сўровнома натижалари аллергия ринит бор болаларнинг 25,8% автомагистрал йўл яқинида, 24,5% саноат корхоналарига яқин жойлашган хонадонларда истиқомат қилишини, 17,7% и – хонадонда чекувчилар борлигини, 12,9% – ота ёки онасида аллергия ҳолатлар борлигини кўрсатди. 50% болалар АР ривожланишига сабаб бўлувчи 3та хавф омили таъсирида (ав-

томагистрал йўл ва саноат корхоналарига яқин жойлашган хонадонларда истиқомат қилиши, хонадонда чекувчилар борлиги) эканлиги аниқланди. РМ 10 миқдори асосий гуруҳга киритилган хонадонларда РЭКдан 1,9 баробар, назорат гуруҳида эса – 1,5 баробар юқорилиги аниқланди. Формальдегид миқдори эса асосий гуруҳида РЭКдан 1,4 юқори эканлиги аниқланди. Аллергик ринитнинг 1-чи, 2-чи ва 3-чи профилактикасида хавф омилларининг алоҳида ва комплекс таъсирини инобатга олиш зарур.

ГЕМОКОНТАКТ ЙЎЛИ БИЛАН ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Турғунова З.Т., Рахмонов Э.Ж., Тошбоев Б.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Гемоконтакт механизми билан тарқаладиган юқумли касалликлар муаммосининг долзарблиги ижтимоий, иқдисодий ва эпидемиологик кўрсаткичлар мажмуаси билан белгиланади. 2017 йил 28 июлда бутун дунё бўйича гемоконтакт механизми билан тарқаладиган гепатитларга қарши кураш бўйича 194 мамлакат иштирокида анжуман бўлди. Ушбу анжуманда 2030 йилгача вирусли гепатит В, С, D билан касаланиш миқдорини камайтириш бўйича чора тadbирлари ишлаб чиқиш муҳокама қилинди. Касаллик юқиши учун ўзида вирус сақлаган 10/³-3, 10/⁷-7 мл қон кифоя қилади.

Гемоконтакт инфекцияларнинг юқиш йўллари ва омиллари бўйича 2005-2015 йиллардаги тахлилига қарайдиган бўлсак: ДПМларда инъекциялар орқали 4%, стоматологик амалиётларда 4%, қон ва унинг препаратлари орқали 3%, лабораторияда 2%, жинсий алоқа орқали 40%, вертикал орқали 5%, паринтериал йўллар орқали 22% ташкил қилади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг расмий маълумотларига биноан дунё бўйича бир йил давомида 12 миллиарддан ортиқ инъекция амалга оширилади (БЖССТ-2010 й.). Ушбу инъекциялар туфайли 8-16 миллион киши – ВГВ, 2,3-4,7 миллион киши – ВГС ва 80-160 минг шахс - ОИВ инфекцияси билан зарарланиши аниқланган.

ВГВ инфекцияси белгилари билан 2 миллиард инсон аниқланган. Касалланганларнинг 15-40% жигар циррози ёки ракидан ҳалок бўладилар. 350-400 миллион киши гепатит В инфекциясининг сурункали вирус ташувчиларидир.

Тадқиқотларга кўра, Марказий ва Шарқий Осиё ҳамда Шимолий Африка дунёда гепатит касаллигининг С ва В тури энг кўп таралган минтақалар ҳисобланиб, Марказий Осиё республикалари ичида Ўзбекистон юқори ўринларда туради. Аҳоли сонига ҳисоблаганда Миср, Габон ва Мўғилистонда гепатит билан касалланганлар энг кўпи Мисрда, аҳолининг 7,8 фоизи гепатит С билан касалланган.

Вирусли гепатит С кўп учрайдиган касаллик бўлиб, аниқ маълумотларга кўра Ер юзи аҳолисининг 10% и шу касаллик билан зарарланган. Бошқа вирусли гепатитларга қараганда гепатит С вируси кўпроқ сурункали шаклга ўтишига мойиллиги бор. Ҳамма сурункали жигар касалликлари, цирроз, гепатокарциномаларнинг кўпчилигини келиб чиқишига асосий сабаб НСV-инфекция ҳисобланади.

Гепатит дельта, худди гепатит В касаллигига ўхшаб дунёнинг барча мамлакатларида учрайди. ЖССТ маълумотларига кўра дунёдаги 15 млн. HBsAg ташувчиларида Дельта вирус ҳам мавжудлиги аниқланган. Ҳозирги даврда бу рақам 25 млн. кишидан кўпроқ. HDV ҳайвонлар ва одамларда касаллик чақиради. Дельта-инфекция узоқ вақт (5-6 йил) давомида фаол инфекцион жараён тарзида кечади ва кўп ҳолатларда жигар циррози ривожланишига сабаб бўлади. HBsAg мусбат бўлган жигар циррози бор сурункали вирусли гепатит В беморлари текширилганда, уларнинг 89,1% дельта-инфекция мавжудлиги аниқланган.

Сайёрамизда ҳозирги кунда ОИВ инфекциясини юқтириб олганлар ва ОИТСга чалинган беморлар сони 36,7 миллион, янги зарарланганлар 1,8 миллионни ва ўлганлар 1,0 миллион кишини ташкил этади. Бу кўрсаткич 2010 йилга нисбатан атиги 1,1% пасайган. Бутун жаҳонда 0,6% оив инфекцияси билан яшамоқда. Дунё бўйича бир кунда 7000 та, бир соатда 300 та шахс ОИВ инфекциясини юқтириб олади.

Ўзбекистон Республикасида 2014-2015-2016 йилларда юқиш йўлларига қарайдиган бўлсак, жинсий йўл билан юқиш 2014 йилда - 61,4%, 2015 йилда - 67,7%, 2016 йилда - 69,8%, парентерал йўл билан юқиш 2014 йилда - 23,3%, 2015 йилда - 23,3%, 2016 йилда - 20,8%, вертикал йўл билан юқиш 2014 йилда - 0,2%, 2015 йилда - 0,3%, 2016 йилда - 0,4% ташкил этган. Ушбу даврда юқиш йўллари орасида жинсий йўл етакчи ўринни эгаллайди.

Ўзбекистон Республикасининг турли ҳудудларида гемоконтакт инфекцияларининг касалланиш кўрсаткичи нотекис тарқалган. Республикамизда гемоконтакт инфекциясининг тарқалиши ҳар 100 минг аҳоли сонига нисбатан ВГВ 1,1 ни ва ВГС эса 28 нафарни ташкил этганлиги аниқланди. Гемоконтакт инфекциялари кўпроқ катта ёшдаги шахслар ўртасида тарқалган, 14 ёшгача бўлган болаларнинг улуши 5, 68 – 7,04% ни ташкил этди.

Гемоконтакт инфекциялар профилактикаси. Бир маротаба ишлатиладиган тиббиёт анжомларини қўллаш. Гиёҳвандликка қарши кураш. Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш. Эмлаш режасига биноан эмлаш ёшидаги болаларни вирусли гепатит В га қарши эмлаш. Оиласида вирус ташувчи ёки сурункали гепатит В билан оғриган беморлар бўлса, қолган оила аъзоларини эмлаш. Ўткир гепатит билан оғриган беморлар ва сурункали вирус ташувчилар диспансер назоратига олиниши керак. Сартарошхоналарда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилинишини тартибли равишда амалга ошириш. Хирургик асбоб-ускуналарни сифатли зарарлантириш (стерилизацияси) устидан назорат қилишни кучайтириш.

ИЧИМЛИК СУВИНИ СИФАТИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

Урманова Л.Ж., Шерқўзиева Г.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси

Ер қуррасида содир бўлаётган ҳозирги аномал табиий ўзгаришлар, жиддий экологик инқироз, унинг натижасида вужудга келаётган мураккаб геосиёсий вазият дунё ҳамжамятини ҳар қачонгидан ҳам кўра бирлашишга, ҳамкорлик ва ҳамжиҳатликка чорламоқда. Халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотини аниқлашча XXI асрда энг биринчи муоммо дунё аҳолисини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш масаласи ётади. Бизга маълумки планетада чучук сувларни захиралари чегаралангандир, бундан ташқари ичимлик суви сафатига мос келувчи сувлар ер қуррасида нотекис жойлаш-

ган, яъни сувнинг 80%, асосан ижтимоий районларда, аммо ушбу районларда аҳоли тарқоқ жойлашган, ҳамда саноат яхши ривожланмаган. ушбу масалани Ўзбекистон Республикаси шароитда кўрсак ушбу муоммо ҳам биринчи ўринда туради. Шунинг учун Ўзбекистон Республикасида бу соҳада кучли қонунчилик яратилган, жусусан “Сув ва сувдан фойдаланиш тўғрисида” ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНING ҚОНУНИНИНГ асосий вазибалари аҳоли ва иқтисодиёт тармоқлари эҳтиёжлари учун сувлардан оқилона фойдаланишни таъминлаш, сувларни булғаниш, ифлосланиш ва камайиб кетишдан сақлаш, сувларнинг зарарли таъсирининг олдини олиш ҳамда уларни бартараф этиш, сув объектларининг ҳолатини яхшилашдан, шунингдек сувга доир муносабатлар соҳасида корхоналар, муассасалар, ташкилотлар, фермер, деҳқон хўжаликлари ҳамда фуқароларнинг ҳуқуқлари ва қонуний манфаатларини ҳимоя қилишдан иборатдир. Шу билан бир қаторда Ўз. Рес. ДавСТ 950- 2011 рақамли қонуний меъёрий ҳужжатда аҳоли истеъмол қилаётган ичимлик сувига гигиеник талаблар белгилаб қўйилган. Бу эса сувнинг сифатини яхшилаб, аҳолининг турли юқумли касалликлар билан касалланишини олдини олади. Аср бошида умумий аҳолиси 2,1 млрд. кишини ташкил этадиган 61 та давлатда сув ишлатилиши бу меъёрдан кам булган. 2050 йилга келиб эса 4,2млрд одам (ер юзи аҳолисининг 45%) кунига 50л сув билан аҳолисини таъминлай олмайдиган мамлакатда яшашга тўғри келади. жсст баҳолашча 1.1млрд киши тоза ичимлик сувидан маҳрум, жаъми 2,4-3,0 млрд одам оддий санитария шароитлари билан таъминланмаган. Айниқса кишлоқ жойларда аҳолининг 29% тоза сувдан, 62% санитария шароитларидан бебахра. 200 дан ортик даре давлат чегараларидан оқиши 13 та энг йирик дарё ва қўллар 100 та давлат худудида жойлашганлигини инобатга олсак, сув ресурслари учун кураш халқаро зиддиятларга ҳам олиб келиши эҳтимолини кўриш қийин эмас. Глобал ҳаво исишининг сув таъминотида таъсири масаласи ҳали ҳам тушунарсизлигича қолаётир, дарё суви камайган сайин унинг тозаллиги ҳам пасайиб бораверади. Юқоридагилардан келиб чиққан холда биз аҳолига берилаётган ичимлик сувининг сифатини текширдик ва қуйидаги натижаларни олдик; 2018 йилнинг 6 ой давомида ичимлик сувининг сифатини санитар бактериологик текшириш учун умумий намуналар сони 4244та (100%) бўлиб, улардан 34 та (0,80%) гигиеник талабларга жавоб бермаган, санитар кивий текширишлар учун эса 1560 та (100%) намуна олинган бўлиб уларнинг барчаси гигиеник талабларга жавоб берган. Шуни хулоса қилиш мумкинки аҳолига берилаётган ичимлик сувининг сифати ДавСТ950-2011 “Ичимлик суви” талабларига жавоб беради.

ТАЛАБА-ЁШЛАРНИНГ ЧЕКИШ ВА ТАМАКИ МАХСУЛОТЛАРИГА БЎЛГАН МУНОСАБАТИ

Хакимова Д.С., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқотнинг мақсади. Тошкент тиббиёт академияси мисолида талаба ёшлар ўртасида тамаки чекиш ҳолатини ўрганиш ва гигиеник баҳолашдан иборат. Тадқиқотга 1-6 курсларда таълим олаётган 300 нафар 18-27 ёшдаги талаба йигитлар жалб қилинган.

Тадқиқот натижалари. Талаба-ёшлар ўртасида тамаки чекиш ва чекишга бўлган муносабатни ўрганиш бўйича анкета сўровнома ўтказилди. Сўровномада “Чекасизми?” деган саволга талабаларнинг 34 фоизи чекишини кўрсатди. Энг кўп чекувчи талабалар 4-курсда учраётгани қизиқарли факт бўлиб, 1 ва 2 курсларда талабаларнинг ўқув юкласи жуда кўп бўлиши чекиш учун вақт бўлмаслигини кўрсатади. Сўровномада “Дўстингиз чекадими?” деган саволга чекувчи талабаларнинг дўстларининг ўртача 82 фоизи ҳам чекиши аниқланди. “Оила аъзоларингиз чекадими?” деган саволга, чекувчи талабаларнинг 53% оила аъзолари, чекмайдиган талабаларнинг 23% оила аъзолари чекиши аниқланди. Чекувчи талабалар орасида “Сиз нима сабабдан чекишни бошлагансиз?” деган саволга 1-курс талабаларининг 75%и қизиқишдан, қолганлари ҳаётий муаммолардан деб жавоб берган бўлсалар, 2-курс талабаларининг 62%и талабалар ҳаётий муаммолардан, қолганлари қизиқишдан деб жавоб берган, 3-курс талабаларнинг 33%дан қизиқиш ва ҳаётий муаммолардан қолганлари дўсти чеккани учун, 4-курс талабаларининг 48% и ҳаётий муаммоларни, 26%и дўсти чеккани учун қолганлари эса қизиқиш учун ва 5-курс талабаларининг 80%и қизиқишдан, қолганлари дўстларим чеккани учун, 6-курс талабалари эса 54%и ҳаётий муаммолардан қолганлари қизиқишдан деб жавоб бердилар. “Неча йилдан буён чекасиз?” деган саволга олинган жавобларнинг таҳлили 1 йилдан бери ўртача - 19,8% талабалар, 2 йилдан бери - 20,8% талабалар, 3 йилдан бери - 17,8% талабалар, 4 йилдан бери - 6,9% талабалар, 5 йилдан бери - 12,9% талабалар, 5 йилдан кўпдан - 21,7% талабалар чекишини кўрсатди. “Ўзингиз ота-она бўлганингизда фарзандингизни чекишини хоҳлайсизми?” деган саволга ўртача 94,8% талабалар келажақда фарзандлари чекишларига қаршиликларини билдирдилар. Жумладан, 1, 4 ва 6-курс талабалари 100%и, 2-курс талабаларининг 87,5%и, 3-курс талабаларининг 86,7%и, 5-курс талабалари эса 94,7%и “Ҳеч қачон” деб жавоб ёзганлар. Кўриниб турибдики, натижаларга кўра, сўровномада иштирок этган талабалар чекишнинг зарари тўғрисида маълумотларга эга бўлмасалар ҳам фарзандларида бундай ҳолат қайтарилишини хоҳламайдилар.

Хулоса. Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатадики, ТТА талаба-ёшлар орасида тамаки махсулотларни инсон организми учун зарарли таъсирлари ҳақида билишади, аммо сўровномада иштирок этган талабаларнинг 33,6% чекиши, энг кўп чекувчилар эса 4-курс талаба йигитлар (46%) эканлиги аниқланди. Бу эса талабалар орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш, соғлом атроф муҳитни яратиш тўғрисида санитар оқартирув ишлари янада кучайтириш лозимлигини кўрсатди.

СУРИНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН ДИЯЛИЗ ТЕРАПИЯ ОЛАЁТГАН ВА ОЛМАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИГИНИНГ МАҲАЛИЙ ИММУНИТЕТ ҲОЛАТИ

Хужамбердиева С.А., Сатторов Б.Б., Юлдошева Н.Ф. Алиев Ш. Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: суринали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) билан оғриган беморларнинг асосий муаммолар оғиз бўшлиғида турли кўринишдаги асоратларни ривожланиши ҳисобланади, шу жумладан оғиз бўшлиғида ривожланиётган периодонтит, кариозга алоқасиз жароҳатлар, тиш касалликлари, тишларнинг эрта йўқолиши ва қониқарсиз оғиз бўшлиғи гигиенаси, буларнинг барчаси тиш шифокорлари ва стоматологик профилактикада, айниқса тиш протезларини қўйишда қийинчиликларни туғдиради.

Ишининг мақсади. Суринкали буйрак етишмовчилиги билан оғриган гемодиализ терапия олаётган ва олмайган беморларда оғиз бўшлиғи маҳалий иммунитет ҳолатига баҳо бериш.

Тадқиқотнинг материалва методи: тадқиқот Тошкент Стоматология институтининг ортопедик факультети клиникасига мурожат қилган 108 беморларда олиб борилди. Беморлардан 43 тасига шу даврда гемодиализ терапияга мухтож бўлмаган, 45 таси эса текширув даврида гемодиализ терапияси олаётган, 20 тасиназорат гуруҳи. Бу тадқиқотларда фагоцитоз учун тест система сифатида стандарт латекс бўлакчаларидан (10% полистериол суспензия, 1,5 мкм ўлчамда ДиаЭМ Россия) фойдаланилди. Нейтрофилларнинг кислородга боғлиқ спонтан активлашувини НСТ –тестини (нитромовий тетразол) қўллаш орқали, сўлак таркибидаги лизоцим ферменти қоғозли диск усулда аниқланилди. Секретор иммуноглобулинни сўлакдаги кўрсаткичи «Вектор Бест» (Россия) компаниясининг тақдим этган тўпламлари ёрдамида (ИФА) аниқланди. Олинган маълумотлар «СТАТИСТИКА-6,0» дастури ёрдамида қайта ишланди.

Тадқиқот натижаси: назорат гуруҳи, соғлом кишиларнинг сўлагида нейтрофилларнинг фагоцитар активлиги (НФА) 48% дан 69% бўлиб, ўртача $55,4 \pm 1,15\%$ ташкил қилди. Нейтрофилларнинг фагоцитар индекси эса (нейтрофиллар тамонидан ютилган бактерияларни ўртача сони) 3,15 дан 5,24 ш.б. учраб ўртача $4,04 \pm 0,13$ ш.б. ташкил қилди. Нейтрофилларни спонтан активлашуви соғлом назорат гуруҳида 25 дан 39% гача аниқланди, бу кўрсаткич гуруҳ учун ўртача $31,3 \pm 1,06\%$ ташкил қилди. Лизоцим соғлом назорат гуруҳида 12 дан 28 мг/мл учраб, гуруҳ учун ўртача $20,6 \pm 0,78$ мг/мл ташкил қилди. Сўлак таркибидаги ва IgA ни аниқланганда унинг миқдори 142 дан 270 мкг/л топилиб, умумий гуруҳ учун ўртача $206,5 \pm 9,0$ мкг/л эканлиги маълум бўлди. СБЕ билан оғриган диализ олмайдиган беморлар оғиз бўшлиғининг маҳалий химоя омиллари ҳолатини соғлом назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан солиштирганимизда ўта чуқур фарқлар аниқланмади, шу билан бир қаторда НФА соғлом назорат гуруҳидан статистик ишонарли фарқ қилмасда уларнинг ФИ ва нейтрофилларни спонтан активлашуви назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошганлиги аниқланди ва ўртача $4,64 \pm 0,2$ ш.б. ва $34,6 \pm 1,05\%$ ($P < 0,05$) ташкил қилди. Бу гуруҳ беморларда лизоцим кўрсаткичи ҳам ишонарли назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошган ($P < 0,001$). Шундай кўрсаткич сўлак таркибидаги ва IgA ни аниқланганда ҳам кузатилди. СБЕ билан оғриган диализ олаётган беморлардан 31 сининг аралаш сўлаги таркибида НФА кўрсаткичи ишонарли ($P < 0,001$) камайганлиги маълум бўлди. Шундай ҳолатлар гемодиализ олаётган беморлар сўлаги таркибидаги лизоцим ва IgA кўрсаткичларида ҳам кузатилди. Бу кўрсаткичлар соғлом назорат гуруҳи кўрсаткичидан 1,4 ва диализ олмайдиган беморлар гуруҳи кўрсаткичидан 1,7 маротаба ишонарли ($P < 0,001$) камайган.

Хулоса: Олинган натижалар асосида шуни айтиш мумкинки гемодиализ олмайган СБЕ бор беморларда оғиз бўшлиғининг туғма иммунитет системасида бирмунча фаоллашув ҳолатларини кузатдик, яъни нейтрофиллар тамонидан ютилган бактерияларни ўртача сонини (ФИ) ошиши, ва уларни спонтан метаболитик активлашувига гувоҳ бўлдик. Фагоцитлар активлиги билан бир қаторда сўлак таркибидаги лизоцим ва секретор иммуноглобулин А ҳам концентрацияси назорат гуруҳига нисбатан ишонарли юқори эканлиги маълум бўлди. Лекин, гемодиализ олаётган беморларда бу кўрсаткичлар тубдан фарқ қилди, яъни маҳалий иммунитет тизимида чуқур етишмовчиликлар кузатилди. Олинган натижаларни адабиётлардан олинган маълумотлар асосида таҳлил қилганимизда СБЕ билан оғриган, лекин гемодиализ олишгача етиб бормagan беморларнинг оғиз бўшлиғи маҳалий иммунитетининг ҳолати, бизнинг олган натижалар кўрсаткичларига ўхшаш бўлди. Лекин гемодиализ олаётган беморларда бу кўрсаткичларнинг камайиб кетиши бинингча, уремик токсинлар таъсирида оксидатив стресс маҳсулотлари маҳалий иммунитет тизимини бу гуруҳ беморларда фаоллаштирган, охир-оқибат узоқ мутдат давомида иммун тизимнинг фаоллашуви, унинг ўта ҳолдан тойишига сабаб бўлиб, оғиз бўшлиғида туғма иммунитет тизимининг танқислигини келтириб чиқарган.

ПОСТАСФИКТИК ҲОЛАТЛАРДА СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗА МАСАЛАЛАРИ

Ҳақимов С.А., Фиёсов З.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Механик асфиксиянинг барча кўринишларидан ўлим ҳолатлари суд-тиббий адабиётда атрофлича ўрганилган. Шу билан бирга тугалланмаган асфиксиянинг турли жиҳатларига бағишланган илмий ишлар жуда кам. Бинобарин, постасфиктик ҳолатлар юзасидан суд-тиббий экспертизалар ўтказишда, хусусан тан жароҳатларининг оғирлик даражасини суд-тиббий баҳолашда муайян қийинчиликлар мавжудлигини эътироф қилиш лозим.

Мазкур тадқиқотда постасфиктик ҳолатларда суд-тиббий экспертизанинг турли жиҳатларини ўрганиш мақсад қилинди.

Тадқиқот материалли бўлиб 2018 йилда Тошкент шаҳри бўйича тугалланмаган асфиксия юзасидан ўтказилган тирик шахсларнинг суд-тиббий экспертизаси хулосалари хизмат қилди. Ушбу даврда бу турдаги 223 экспертиза ўтказилган бўлиб, улар жами тирик шахслар экспертизасининг 2,7% ини ташкил этган. Экспертиза хулосаларининг таҳлилида ҳодисаларнинг тафсилоти, жабрланганларнинг тиббий ёрдамга мурожаати, тиббий ҳужжатларда қайд этилган маълумотлар, шунингдек тан жароҳатларининг оғирлик даражасини аниқлашда экспертлар томонидан қўлланилган мезонларга алоҳида эътибор берилди.

Таҳлил натижаларига кўра постасфиктик ҳолатларнинг ҳаммаси бўйин аъзоларининг странгуляцияси билан боғлиқ бўлиб, ҳодисалар тафсилоти бўйича уларнинг аксарияти оилавий ёки таниш шахслар ўртасидаги низолар шароитида юзага келган. Странгуляциянинг турлари бўйича қўллар билан бўғиш - 94,6%ни, сиртмоқ ёки ўтмас жисм билан бўғиш - 4,1%ни, осилиш - 1,3%ни ташкил этган. Жабрланганлар орасида эркак ва аёлларнинг нисбати 1:2 бўлиб, уларни ярмидан ортиғи 30 ва ундан катта ёшда (50,7%), 39,9%и - 18-29 ёшда бўлган. Болалар ва ўсмирларда ушбу ҳолатлар нисбатан камроқ (9,4%) кузатилган.

Жабрланганларнинг 65%и тиббий муассасаларга мурожаат қилган, лекин уларнинг кўпчилиги дастлабки кўриқдан сўнг даволанишдан бош тортган. Фақат 17 (7,6%) ҳолатдагина жабрланганлар стационар шароитида даволанган. Шу ўринда постасфиктик ҳолатларнинг аксариятида жабрланганларнинг тиббий кузатувда бўлмаслиги кейинчалик уларда вужудга келиши мумкин бўлган асоратлар ва қолдиқ ҳолатларнинг тўлақон диагностикасида жиддий муаммолар яратишини таъкидлаш лозим.

Экспертиза жараёндан олинган анамнестик маълумотлар бўйича бўйин аъзоларининг странгуляциясидан 41 ҳолатда жабрланганлар маълум бир даврга (бир неча минутдан 5-6 соатгача) ҳушини йўқотган, шулардан 11тасида шифокорлар томонидан турли даражадаги асфиктик кома ҳолати қайт этилган.

Амалдаги тан жароҳатларининг оғирлик даражасини суд-тиббий аниқлаш қоидалари бўйича постасфиктик ҳолатларда соғлиқнинг бузилиш давомийлиги ва ҳаёт учун хавф мезонлари қўлланилиши мумкин. Аксарият ҳолатларда (97,3%) тан жароҳатининг оғирлик даражасини аниқлашда биринчи мезондан фойдаланилган. Жумладан ҳуш йўқотилмаган ҳолатларнинг барчасида (82,1%) бўйиндаги жароҳатлар (шилирма, қонталашлар) енгил тан жароҳати сифатида баҳоланган. Фақат олти ҳолатда жабрланганларда вужудга келган II-III даражали асфиктик кома ҳаёт учун таҳдид юзага келтиргани сабабли оғир тан жароҳати тарзида қайд этилган.

Хулоса қилганда, постасфиктик ҳолатлар бўйича ўтказилган суд-тиббий экспертизалар материалларининг таҳлили бу турдаги амалиётни такомиллаштиришга, экспертиза хулосаларини ишончлилик ва асосланганлик даражасини яхшилашга хизмат қилади.

ПРЕКЛАМПСИЯ ҲАҚИДА УМУМИЙ ТУШУНЧАЛАР, ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ, ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ЛИМФОИД АЪЗОЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Шукүров У.Э., Исроилов Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Прекламписия - ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин пайдо бўладиган, артериал гипертензия ва протеинурия белгилари билан намоён бўладиган ҳомиладорлик токсикози ҳисобланади.

Шиш преэклампсиянинг биринчи даври бўлиб, алоҳида касаллик бўлмасдан, ҳомиладор аёлларда баъзида физиологик, бошқа ҳолларда патологик жараён кўринишида, аёлларнинг 80% да содир бўлиши мумкин.

Тадқиқот мавзусининг долзарблиги.

Прекламписия (ПЭ) хорижий муаллифлар маълумотига кўра барча ҳомиладорликнинг 2 дан 8 фоизда учрайди, унинг оғир формаси ҳар ўнинчи ҳолатда аниқланади.

Ҳар йили дунёда 8,5 млн. преэклампсия ҳолати қайд этилади. Оналар ўлими таркибида турли мамлакатларда ПЭ ва унинг асоратлари II-IV ўринни эгаллайди .

Россияда 2014-йилдан бошлаб экстрагенитал патологиялардан кейин иккинчи ўринни эгаллайди.

Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, томирлар эндотелиал дисфункцияси содир бўлганда ва йўлдош томирлари ҳам шикастланганда ундан синтезланадиган омиллар бу касалликга бевосита сабаб бўлади.

Бундан ташқари, ҳомиладорликнинг I-II триместрларида трофобласт инвазиясида иштирок етувчи омиллар ҳам преэклампсияга сабаб бўлиши мумкин.

Прекламписия патогенезида имплантация, ҳужайра пролиферацияси ва ангиогенез жараёнида аҳамиятли про-ва антиангиоген омиллар миқдорининг кўпайиши ҳақида маълумотлар мавжуд.

Прекламписия патогенези.

Асосий таркиби:

Плацента ишемияси – плацентация жараёни бузилиши (спирал артерияларда трофобласт инвазиясининг тўлиқмаслиги, қон томирларнинг вазоконстрикторга сезувчанлиги ошиши).

Боғлаб турувчи звено?

(плацентар омиллар, нейтрофиллар активацияси, нейроспецифик оқсиллар) .

Тотал эндотелиал дисфункция, тизимли яллиғланиш жавоб реакция синдроми.

Тромбоцитар бузилишлар (Тромбофилиянинг орттирилган ва генетик формалари, АФС)

Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) қон плазмасида гомоцистеин миқдорининг 10-11 мкмоль/л дан ошиши.

Системали эндотоксинемия.

Оксидоген стресс (ҳужайра мембранасининг эркин радикаллар билан зарарланиши).

Вазодилататорлар синтези блокланади (простациклин, брадикинин, эндотелиал релаксайияловчи фактор, азот оксиди) тарқоқ спазм.

Эндотелийнинг антитромбик потенциали пасаяди (тромбодулин, плазминоген тўқима активатори синтези бузилади, тромбоцитлар агрегацияси ортади) ДВС -синдром .

Томирлар ўтказувчанлиги ортади- гиповолемия, интерстицийда юқори миқдорда суюқликнинг тўпланиши.

Прекламписиянинг таснифи: (Россия акушер-гинекологлар ассоциацияси, 2002)

1. ССА (соматик соғлом аёллар)

2. Комбинацияланган ПЭ (экстрагенитал патологиялар фониди)

Клиник формалари:

- Шишлар;
- Гестозлар (3та оғирлик даражаси);
- Прекламписия;
- Эклампсия.

Гестознинг алоҳида клиник формалари ёки асоратлари?:

- Ҳомиладорларнинг ўткир ёғли гепатози.
- HELLP-синдром.

ПЭ хавфли омиллари:

Прекламписия учун қуйидаги хавфли омиллари мавжуд: олдинги ҳомиладорликларда гипертоник эпизодлар, сурункали буйрак касаллиги, аутоиммун касалликлар (антифосфолипид синдроми, тизимли қизил югурик ва

бошқалар), қандли диабет, сурункали артериал гипертензия, тана массаси индексининг ошиши, ҳомиладор аёл онасида ҳомиладорлик даврида преэклампсия бўлган бўлса.

Бундай ҳолларда преэклампсиянинг олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 16-ҳафтасидан аспирин(75 мг) буюрилади.

Бу хавфи омиллар билан бир қаторда, тадқиқотчилар шуни аниқладикки, репродуктив технологиялар усуллари ишлатилган афроамерика ва осие ирқларига тегишли бир неча кўп ҳомиладорликда ПЭ хавфи ошганлиги қайд этилган.

Преэклампсияда йўлдошдаги ўзгаришлар:

1. Оғир преэклампсияда хориал пластинка стромаси ва ворсинкаларнинг синцитиал қопламасида дистрофик ўзгаришлар даражаси ортади, синцитиал буйрак ишемияси ва ишемик инфаркти, строма капиллярлари гиперплазияси ва синцитиал буйраклар пролиферацияси шаклида компенсатор ва адаптив реакцияларнинг кичик фокал табиатининг ортиши.

2. Йўлдошнинг гистоморфологик параметрларининг акушерлик асоратлари билан корреляцион боғлиқлиги шуни кўрсатадики (оғир преэклампсия, суб - ва декомпенсацияланган йўлдош етишмовчилиги, гипотрофия ва янги туғилган чақалоқнинг асфиксияси) ушбу гестацион патология ривожланиш механизмларининг бир хиллиги ҳақида маълумот беради.

Преэклампсияда буйракдаги ўзгаришлар:

ПЭ даги буйраклар 100% да маълум даражада зарарланган асосий нишон органлардан бири ҳисобланади, чунки улар орқали кўп миқдорда қон филтрланади.

А. П. Миловановга кўра, ўтган асрнинг 70-йиллари билан солиштирганда зарарланишлар янада оғир шакллари борлиги билан характерланади, ПЭ да буйракдаги замонавий морфологик ўзгаришлар (кортикал некроз 3 марта кўп, яққол дистрофия, тўғри ва эгри-бугри каналчалар эпителийси ўчоқли некрози-5 марта кўп).

Оғир ПЭ ва эклампсиядан ўлган беморларнинг буйракларини иммуногистокимёвий текшириш вақтида аниқланган диффуз гломеруляр шикастланиш характери ПЭ нинг ривожланиши учун янги механизмларни аниқлашга имкон берди.

Юкстагломеруляр хужайралар- бизга маълумки, олиб келувчи артериола ўрта қобиғининг силлиқ мушак хужайраларида ренин сақловчи секретор гранулалар мавжуд.

Бу ренин синтезловчи хужайралар ангиотензин I ҳосил бўлишини рағбатлантиради, ундан ўпка капиллярларида ангиотензин II ҳосил бўлиб, буйрак усти безларида алдостерон ишлаб чиқарилишини кучайтиради.

Бундан ташқари, ангиотензин II гломеруляр фильтрацияни пасайтиради.

Ўсимта шаклига эга бўлган мезангиал хужайралар буйраклар гломеруляр капиллярларининг қовузлоқлари орасида жойлашган ва ангиотензин II, вазопрессин ва бошқа вазопрессорлар учун рецепторларга эга, цитоплазмада эса микрофиламентлар кўп.

Бу хусусиятлар мезангиал хужайраларнинг фильтрациясида капилляр девори юзаси майдони камайтириш ва қисқариш имконини беради.

Преэклампсияда лимфа тугунлардаги ўзгаришлар:

Лимфа тугунлар таркиби бўйича соматик ва висцерал турларга бўлинади.

Чов ва трахеобронхиал лимфа тугунлари деярли бир хил кортикал модда ва мия моддаси билан ифодаланади.

Мезентерик лимфа тугунининг тузилишида бошқа лимфа тугунларидан фарқли равишда кортикал модданинг 4.46–7.34% устунлиги кузатилади.

Бу ҳолда кортикал-мия нисбати чов ва трахеал лимфа тугунлари учун ўртача 1.97 ± 0.08 ва мезентериал лимфа тугунлари учун 2.46 ± 0.09 ҳисобланади.

Кортикал мия нисбатининг қиймати кортикал модда устунлик қиладиган лимфа тугунларининг компакт морфотипини кўрсатади.

Кортикал моддада тузилмалар кортикал майдон каби, лимфоид тугунлар, паракортекс лимфа тугунларида турли локализация билан фарқ қилади.

Кортикал майдоннинг эгаллаган майдони лимфа тугунларининг соматик ва висцерал минтақаларда катталиги ҳар хил деб ҳисобланади.

Преэклампсия касаллигида кортикал майдон эгалланган майдон ўзгаради, лекин у прогрессив равишда кетма-кет ортади: чов ($6.2 \pm 0.47\%$) - мезентериал ($12.53 \pm 0.50\%$) –трахеобронхиал ($18.82 \pm 0.70\%$).

Паракортекс майдони мезентерик ва трахеобронхиал лимфа тугунларида бир хил бўлиб, $25.93-24.43\%$ ни, чов лимфа тугунларида эса паракортексга $36.9 \pm 1.72\%$ гача ортади.

Паракортекс биргаликда тимусга қарам майдон (т-майдон) деб ҳисобланади ва хужайравий иммунитет учун жавоб беради. Преэклампсияда Т-майдоннинг майдони турли топографик гуруҳларнинг лимфа тугунлари орасида сезиларли фарқларсиз $38.48-43.9\%$ ни ташкил этади.

Преэклампсия ривожланиши Лимфа тугунлар гуморал иммунитетга жавоб берувчи В-майдонга кўпроқ боғлиқ. В-майдоннинг майдони чов ва трахеобронхиал лимфа тугунларида бир хил бўлиб, $41,18-38,9$ фоизни, мезентериал лимфа тугунида эса ўртача $33,06$ фоизни ташкил этади.

В-майдонга кирувчи тузилмалар – бу лимфоид тугунчалар ва пулла тасмаларидан иборат. Герминатив марказ ва усиз бўлган лимфоид тугунчалар турлича жойлашган барча лимфа тугунларида мавжуд. Герминатив марказсиз лимфоид тугунчалар майдони турли топографик гуруҳларнинг лимфа тугунларида сезиларли фарқларсиз $5.34-6.77\%$ ни ташкил этади.

Преэклампсияда герминатив марказга эга бўлган лимфоид тугунчалар майдони ошиб: чов- $8.32 \pm 0.88\%$, мезентериал- $9.21 \pm 0.28\%$, трахеобронхиал – $10.44 \pm 0.46\%$ ни ташкил қилади. Герминатив марказга эга бўлган лимфоид тугунчалар майдонининг катталиги лимфа тугунларидаги фаол лимфопрлифератив жараёнларни кўрсатади. Герминатив

марказ ва усиз лимфoid тугунчалар нисбатини аниқлаганда анча фарқни кўрсатди, тенг трахеобронхиал лимфа тугунларида 1.95 ± 0.06 ва мезентериал ва чов лимфа тугунларида, мос равишда, 1.36 ± 0.06 ва 1.38 ± 0.03 фоизга тенг қийматини кўрсатди. Турлича жойлашган лимфа тугунларидаги мия моддасининг бўлаги жуда ўзгарувчан. Соматик (чов) тугунларда мия моддаси тасмалари эгаллаган майдон ўртача 14%, виссерал тугунларда эса 24% ни ташкил этади. Бизнинг маълумотларга кўра, пулла тасмалари турлича жойлашган лимфа тугунларида ҳар хил майдонни эгаллайди: энг катта – чов ($26.89 \pm 1.65\%$), энг кичиги - мезентериал ($17.08 \pm 0.51\%$) ва ўртачаси - трахеобронхиал ($22.58 \pm 0.86\%$) ни лимфа тугунларида эгаллайди. Текширилаётган гуруҳдаги лимфа тугунларининг Т-ва В-майдонлар нисбати бирдан ортиқ индексга эга бўлиб, 1.05 ± 0.03 дан 1.16 ± 0.03 фоизгача оралиқда бўлади. Бу нисбатнинг катталиги лимфа тугунидаги иммунитетнинг ҳужайравий звеноси устунлигини кўрсатади.

Презкламписия касаллигида лимфа тугунлар морфофункционал ҳолати уларнинг локализациясига боғлиқ. Герминатив марказ ва усиз бўлган лимфoid тугунчалар нисбатининг катталиги шуни кўрсатдики, чов ва мезентериал лимфа тугунлари бир бирига яқинлашади; пўстлоқ-мағиз нисбати катталиги – чов ва трахеобронхиал лимфа тугунлари; паракортекс катталиги – мезентериал ва трахеобронхиал лимфа тугунларида фарқ қилади. Фарқлари - турли лимфатик ҳудудларига тегишли лимфа тугунларидаги алоҳида таркибий ва функционал майдонларга тегишли. Паракортекс, кортикал плато ва синуслар эгаллаган майдони жиҳатидан чов лимфа тугуни мезентериал ва трахеобронхиал лимфа тугунларидан фарқ қилади. Мезентериал лимфа тугунида пулла тасмалари кам майдонни эгаллайди, бу эса чов ва трахеобронхиал лимфа тугунларидан фарқ қилади. Шуни эътироф этиш керакки, лимфа тугунларининг тузилишидаги фарқ ҳар доим ҳам уларнинг соматик ва виссерал бўлиниши билан боғлиқ эмас.

Турлича жойлашган лимфа тугунлари учун презкламписия шароитида асосий таркибий ва функционал майдонларнинг ҳажми тенглаштирилади. Барча лимфа тугунлари учун умумий хусусиятлар хос: ихчам морфотип, паракортекснинг тенг даражада ривожланиши ва Т-ва В-майдонларнинг яқин нисбати. Шу билан бирга мезентериал ва трахеобронхиал лимфа тугунлари тузилишидаги функционал бўлмачалар ўлчамлари ҳам ўхшашдир. Презкламписияда трахеобронхиал лимфа тугуни герминатив марказли ва усиз лимфoid тугунчаларнинг юқори нисбати билан ажралиб туради. Чов лимфа тугуни учун синус тизимининг энг кичик майдони билан характерланади. Презкламписия таъсири иммунитет салоҳиятини бузади ва асосан виссерал лимфа тугунларининг дренаж ва детоксикацион функциясини ишдан чиқаради.

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ УЛАРНИ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Эшмаматов Р., Носирова А.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Тўғри овқатланиш боланинг ўсиши ва ривожланишини, касалликка қарши курашиш имкониятларини, ўқишга лаёқатлилигини таъминлаб, ташқи муҳит омилларига мослашуви учун асос яратади. Ўсиб келаётган ёш авлодни соғлом овқатланиш билан таъминланиши Давлат сиёсатининг муҳим йўналишларидан биридир. Мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирлар асосий вақтларини уйдан ташқарида айнан умумтаълим муассасаларида ўтказадилар. Шунинг учун, мактаб шароитида ўқувчининг нафақат саломатлик ҳолатини сақлаш зарур, балки уни мустаҳкамлаш, ўқишга бўлган қобилиятини ошириш лозимдир. Тўлиқ мувозанатли овқатланиш ўсиб келаётган ёш авлодни гормонал ўсиши, жисмоний ва рухий ривожланиши, ўқув юкларини тўлиқ ўзлаштириш ва меҳнатга лаёқатини шаклланишида асосий омил бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун аҳолининг ёш қатламини минерал ва оқсилларга бой озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлаш зарурдир.

Боланинг жисмоний ривожланишида, унинг ташқи муҳитга мослашувчанлик қобилиятини шаклланишига таъсир қилувчи асосий омиллардан бири – бу овқатланиш тартиби ва унинг таркибидир. Мактаб ёши даврида тўғри ва рационал овқатланиш кўпгина касалликларни олдини олишда муҳим роль ўйнайди.

Маълумки, озуқа маҳсулотларидаги зарурий оқсил, витамин ва минералларни етишмаслиги болалар жисмоний ривожланишига сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Болаларда оқсил энергия етишмовчилигининг ривожланиши организмни мослашувчанлик реакциясини пасайтиради.

Тадқиқот мақсади умумтаълим муассасаларидаги ўқувчи ёшларни овқатланишни ташкил этилганлигига баҳо бериш учун Тошкент шаҳридаги 4 та умумтаълим мактаби ўқувчилари ўртасида сўровнома ўтказилди.

Материал ва методлар. Ушбу мактабларнинг 2 таси буфет тизимидаги ва 2 таси иссиқ овқат тайёрловчи ошхона тизимидаги умумтаълим мактабларидир. Мактаб ўқувчилари анкета сўровнома усули билан сўровнома ўтказилди.

Ўтказилган сўровномаларнинг натижаларига кўра ўқувчи болаларнинг ота-оналари фарзандларининг овқатланишига, мактабгача бўлган ёшдаги болаларнинг ота-оналарига нисбатан камроқ аҳамият бериши маълум бўлди. Натижада, ўқувчилар овқатланишга нисбатан кенг мустақил танлаш имкониятига эга эканлиги ва бу тўғри танлов бўлмастлигини кўрсатди.

Ота-оналар, ўқитувчи ва тиббий ходимларнинг фикрига кўра ўқувчилар «мувозанатли» овқатланиш бўйича етарли маълумотга эга, лекин улар носоғлом овқатланишни яъни ошхонада иссиқ овқатланиш ўрнига енгил қуруқ таомларни истеъмол қилишни маъқул кўришади.

Иссиқ овқат ташкил этилмаган умумтаълим муассасаларидаги ўқувчилар баъзан мактаб яқинидаги жойлардан «сухарик», «чипс» ва бошқа егулик маҳсулотларни истеъмол қилишади. Бироқ ушбу маҳсулотларнинг сифати, сақланиши ва сотилиши талаб даражасида эмас. Ўқувчи ёшларнинг мактаб вақтидаги 2 чи нонушта ёки тушлиқдаги овқатланиш сифати ва таркиби ўсаётган организм учун етарли эмасдир.

Бундан ташқари соғлом турмуш тарзи ҳақидаги ахборотни ўқувчиларнинг кўпгина қисми (76,5%) ота-оналаридан олишлари маълум бўлди. Сўровнома қатнашчилари ахборот манбаси сифатида: тиббиёт ходимларини (26,5%), ўқитувчиларни (22,8%) ва теледастурларни (21,7%) кўрсатди.

Натижа. Мактаб ўқувчиларининг “Мувозанатли овқатланиш” бўйича маълумотлари етарли эмас. Шу сабабли аксарият ўқувчилар мактаб даври вақтида ошхонада иссиқ овқатланиш ўрнига енгил қуруқ таомларни истеъмол қилишни маъқул кўришади.

Хулоса. Ўқувчи ёшларни овқатланишини сифатли ва тўғри ташкил этилиши уларнинг нормал жисмоний ривожланиши учун, турли касалликларга қарши курашиш даржасини таъминлашда муҳим аҳамиятга эгадир.

Терапевтическая секция

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдалимова У.К., Шоалимова З.М.

Ташкентская медицинская академия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из главных факторов риска атеросклероза. Данные исследования Multiple Risk Factor Intervention показали, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний растет пропорционально росту систолического и диастолического артериального давления. С одной стороны, вследствие повышения АД развиваются функциональные и структурные нарушения коронарной микроциркуляции, сосудистое ремоделирование, отражающее фундаментальную реорганизацию сосудистой стенки, повышенную продукцию внеклеточного матрикса, пролиферацию и миграцию гладкомышечных клеток. Накопленные данные свидетельствуют о том, что снижение эндотелийзависимой дилатации плечевой артерии коррелирует с снижением толерантности к физическим нагрузкам. В исследованиях ряда авторов получены убедительные доказательства системной дисфункции эндотелия у больных артериальной гипертензией. При этом следует отметить, что вопрос об эндотелиальной функции у больных артериальной гипертензией во взаимосвязи с показателями толерантности к физической нагрузке мало изучено. Учитывая вышеизложенное, целью данной работы было изучение состояния эндотелиальной функции у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Нами было обследовано 85 больных гипертензивной болезнью в возрасте 42–65 лет (средний возраст 47,7±6,6 года) и 20 сопоставимых по возрасту практически здоровых лиц (I группа). II группу составили 42 пациента с ГБ 2 стадия АГ 1 (средний возраст 45,9±6,7 года), а III группу – 43 пациента ГБ 2 стадия АГ 2 (средний возраст 48,4±6,5 года). Состояние эндотелиальной функции оценивали на ультразвуковом аппарате. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали при проведении пробы с реактивной гиперемией (РГ). Эндотелийнезависимый ответ сосуда (ЭНВД) изучали на фоне сублингвального приема 0,5 мг нитроглицерина (НТГ). Расчет показателей вазодилатирующей функции эндотелия проводился с видеозаписи после окончания исследования. В анализ вошли следующие скоростные показатели: пиковая систолическая скорость кровотока Vs, конечнодиастолическая скорость кровотока Vd, индекс резистивности RI и систоло-диастолический показатель S/D. Результаты и их обсуждение. Изучение показателей в I группе показало, что они находились в пределах нормы. Диаметр плечевой артерии изменялся в течение пробы с реактивной гиперемией от 3,9±0,5 до 4,4±0,5 мм. Расчет величины потокзависимой дилатации составил 15,4±2,9%. В процессе проведения пробы с РГ увеличилась линейная скорость кровотока (P<0,001), объемная скорость кровотока – более чем в 2 раза (P<0,001), а также снизился индекс резистивности до 0,57±0,08 ед. (P<0,01) и систоло-диастолического показателя до 2,7±0,5 ед. (P<0,05). Значение НТГ-зависимой дилатации достигало 20,4±3,7%. При этом отмечено, что у всех обследуемых величина поток-зависимой дилатации была более 10%, что свидетельствует о сохранной эндотелиальной функции у практически здоровых лиц. Во II группе пациентов (с артериальной гипертензией) диаметр плечевой артерии в течение пробы с реактивной гиперемией изменился следующим образом. Перед проведением пробы диаметр плечевой артерии составил 4,1±0,6 мм, а после – 4,5±0,8 мм. Рассчитанная нами величина поток-зависимой дилатации составила 9,7±3,7%. Увеличение диаметра плечевой артерии во время пробы с РГ у больных сопровождалось возрастанием линейной и объемной скоростей кровотока, а также снижением индекса резистивности (до 0,56±0,09 ед.) и систоло-диастолического показателя (до 2,4±0,8 ед. против 2,7±0,5 ед. I группы). Прирост диаметра плечевой артерии при пробе с нитроглицерином составил 19,2±7,7% и существенно не различался в сравнении с аналогичным показателем в контрольной группе (20,4±3,7%). Во II группе наблюдается снижение величины поток-зависимой вазодилатации после проведения пробы с реактивной гиперемией. Исследования в III группе показали, что диаметр плечевой артерии изменялся следующим образом. Перед проведением пробы с реактивной гиперемией диаметр плечевой артерии составлял 4,2±0,5 мм, после снятия манжеты он незначительно увеличился. Величина поток-зависимой дилатации составила 4,4±3,6%, что ниже по сравнению со здоровыми лицами (15,4±2,9%) и больными артериальной гипертензией без сосудистых осложнений (9,7±3,6%). Прирост диаметра плечевой артерии при пробе с НТГ составил 13,9±4,4%. У больных увеличение диаметра плечевой артерии во время пробы с РГ сопровождалось сходным с I группой по направленности и выраженности возрастанием линейной (P<0,001) и объемной (P<0,001) скоростей кровотока. Наблюдалось достоверно меньшее снижение величины RI (до 0,64±0,08 ед., P<0,001) и систоло-диастолического показателя (до 3,0±0,9 ед., P<0,001) по сравнению с пациентами II группы, свидетельствуя о сниженной дилатации резистивных артериол. Исходя из вышеизложенного, в III группе мы наблюдали усугубление эндотелиальной дисфункции с угнетением вазодилатации не только на реактивную гиперемию, но и на прием нитроглицерина по сравнению с I и II группами.

Таким образом, при гипертензивной болезни отмечается резкое снижение функциональной активности эндотелия сосудистой стенки: поток-зависимой вазодилатации, антиагрегационной активности и снижение толерантности к физическим нагрузкам.

VALUE OF MOLECULAR GENETIC METHODS OF STUDY IN THE DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS PLEURITIS

Abdugapparov F.B., Mamatov L.B.,

Mirzabaev S.I., Khalim-zoda L.M., Matlabov G.S.

Tashkent medical academy

relevance: Detection of tuberculosis in biological fluids (pleura, pericardium) is still a common clinical problem and most often is based on the results of bacteriological and histological studies. In tuberculous pleurisy, according to the literature, mycobacterium tuberculosis (MBT) is found in exudate cultures in 10–15% of patients, and using a pleural biopsy, tuberculosis is diagnosed only in 60–75% of cases (Irtuganova O.A., Smirnova N.S., Slogotskaya L.V. et al., 2000). As clinical practice shows, the

diagnosis of tuberculous pleurisy presents certain difficulties and to verify the diagnosis requires an integrated approach using biochemical, cytological, bacteriological, histological and immunological research methods. To date, with exudative pleurisy, in most hospitals, pleural puncture with fluid evacuation is most often performed, the Rivalt test and cytological examination of the exudate are performed (Light R.U.,1986). The tuberculous etiology of pleurisy, as a rule, is established on the basis of the lymphocytic nature of the exudate, which can lead to diagnostic errors.

GeneXpert is considered the genetic rapid method, identify MTB and make possible a parallel molecular biological assessment of rifampicin sensitivity.

Xpert MTB / RIF is a highly sensitive and specific test that simultaneously determines the MTB complex and rifampicin resistance for 2 hours. Xpert MTB / RIF having high speed and sensitivity is very simple to perform (Radiuk S., Ryzhov K. A., 1998).

The purpose of the work is to determine the diagnostic effectiveness of the molecular genetic method XpertMTB/RIF in the differential diagnosis of exudative pleurisy.

Materials and methods: in the diagnostics department of the RSSPMCPHP from 01.01.18 to 12.26.18.examined 248 patients with exudative pleurisy of unspecified etiology directed by various tuberculosis and somatic hospitals in the city of Tashkent and other areas for which the nature of pleurisy was not established during the initial examination.

Comprehensive examination of patients included: radiography and computed tomography (CT) of the lungs, bacteriological examination of sputum or rinsing water of the bronchi on the MBT, fibrobronchoscopy , pleural puncture. The pleural exudate obtained during the first puncture was examined for total protein, atypical cells. In parallel, exudate was sent for cytological examination, bacterioscopy, Xpert MTB / RIF, MGIT, and MBT culture were performed .

Results and discussion: Among all examined, men predominated (186 cases), and women made up (62 cases). Among men, the age category of 21-30 years prevailed, and among women 51 years and older. There were 99 urban dwellers and 149 rural dwellers. The initial study (new cases) was carried out on 235 patients and a further 13 patients.

The diagnosis was established on the basis of clinical and radiological data, according to the results of biochemical and cytological studies of exudate, confirmed in the process of retrospective analysis after etiopathogenetic treatment.

All patients underwent pleural puncture and biological material was sent to clinical, biochemical and bacteriological studies.

Analysis of the exudate cytogram showed that in the group of patients in whom MBT was detected in punctate (52), lymphocytic exudate prevailed in 47 patients.

The analysis of pleural fluid for mycobacterium tuberculosis was as follows:

Table 1. The results of bacteriological examination methods (n = 248)

Method	Positive		Negative	Contamination
Microscopy	2		246	-
GeneXpert	Sensit. - 17	Resist. - 8	223	-
Sowing on LJ	46		188	14
MGIT	52		186	10

In conclusion, we can say that Xpert MTB / RIF has a low sensitivity to the diagnosis of tuberculous exudative pleurisy. However, given its high specificity, it can potentially eliminate the need for an invasive procedure in at least one fourth of patients with tuberculous exudative pleurisy.

THE RELATIONSHIP OF PLATELET PROFILE`S INDICATORS WITH PSYCHOLOGICAL AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Abdumalikova F. B., Zohidov J. M., Nurillaeva N.M.

Tashkent medical academy

Aim. To assess the effect of psychological distress on platelet morphology depending on the severity of anxiety-depressive states (ADS) in patients with coronary heart disease (CHD).

Materials and methods. Examined 76 patients with a diagnosis of CHD, stable angina pectoris (SAP) FC II-III, of both sexes, whose age average was 59 7.23 years. The control group consisted of 16 healthy subjects. Determination of the level of psychoemotional status was conducted with the help of Hospital scale of anxiety and depression - HADS. To determine the personality type D was used a questionnaire - DS14 consists of two subscales: negative affectivity (NA) and social inhibition (SI).

Results. To identify features of the immune hematological parameters in patients with SAP, depending on the presence and severity of psycho-emotional states investigated are divided into two groups: the main group – 41 (53,8%) patients with ADS and the comparison group – 35(46,2%) patients without ADS. The results identify the personal characteristics and the type of personality D had 62.5% of the studied main group against 22.2% of the cases “distressing” type among patients without ADS. The average indicators on scales of negative affectivity and social oppression of the questionnaire DS-14 was higher in the first group (NA-15,0±0,3 and SI-13,7±0,3 points) compared to the control group (NA-7,0±0,06 SI-9,7±0,06 points), evidence of reliable associative relationship of ADS and psychological distress (p<0,01).

When assessing the interrelated effects of ADS and psychological distress at the performance of thrombophilia the studied patients, the differences between the groups in the morphological picture of blood platelets. So, the main group of patients the average platelet (PLT) made up 273,6±17,4 x109/L, in particular in patients with D type indicator PLT averaged 326,3±18,2 x109/L, which was dominated by above average PLT-187,8±8,07 x109/L in the control group. In 25% of cases patients with “distressing” type of control group, also had a predisposition to increased PLT 295,0±17,9 x109/L, which indicates the independent predictive value of psychological distress in the deterioration of the platelet in the blood picture. In patients IHD in the background ADS is statistically dominated by the values of the average platelets volume (MPV), which amounted to an average of 12.6±0,45 fL, as against a comparison group, and monitoring of 9.2±0,28 fL and 8.6±0,24 fL, respectively. However, in terms of PDV, P-LCR, PCT, and IPF were significant differences between the groups were not established.

Conclusion. Thus, the change in the shape of thrombophilia in the blood that predict the risk of thrombotic events in patients with CHD and hypertension with comorbid ADS is likely due the combined impact of the distress and inflammation associated with personality type D, apparently acting synergistically with comorbid ADS. We can assume that personality type D is an independent chronic psychological risk factor as a manifestation of CHD, and the development of severe anxiety and depression, indicating the need for early detection predictive significance of psychological distress and a further search of biomarkers reflecting the pathogenic relationship between psychosomatic disorders.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОДЕРМИИ МЕЛЕДА

Абдувахитова И. Н., Тохтаев Г. Ш., Сафаров Х. Х., Солиев Ф.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Кератодермия - группа дерматозов, характеризующихся нарушением процессов ороговения, избыточным рогообразованием преимущественно в области ладоней и подошв[1]. Наблюдаются как очаговые формы (точечные, полосовидные, мозолеподобные), так и диффузные кератодермии Унны-Тоста, Папийона-Левевра и болезнь острова Меледа. Эти генодерматозы могут быть изолированными или ассоциированными с кератозами другой локализации, кератодермальной дисплазией и воспалением. Кератодермии без сопутствующих симптомов обычно имеют аутосомно-доминантное наследование, а с сопутствующими проявлениями - аутосомно-рецессивное, и обычно они диффузные[2].

Кератодермия Меледа (кератоз наследственный трансградиентный) - форма наследственной диффузной кератодермии, отличающаяся переходом кератоза с ладонно-подошвенных поверхностей на тыл кистей, стоп, области локтевых, коленных суставов (трансградиентный кератоз). Описана впервые среди кровных родственников населения острова Меледа. Тип наследования обычно аутосомно-рецессивный. Первые проявления болезни возникают в детском возрасте в виде стойкой эритемы с шелушением кожи ладоней и подошв. В дальнейшем ороговение кожи усиливается, и к 15-20 годам на ладонях и подошвах видны массивные роговые наслоения желто-коричневого цвета, лежащие компактными пластинами, эритема сохраняется лишь в виде фиолетово-лилового ободка шириной несколько миллиметров по периферии очага[3]. Кератодермии нередко сопутствует дистрофия ногтей (подногтевой гиперкератоз, койлонихия, вдавления, исчерченность ногтевых пластинок, онихогрифоз). Болезнь острова Меледа иногда сочетается с атопией, у части больных возникают осложнения грибковой и пиококковой инфекциями. Волосы и зубы обычно не изменены. С возрастом интенсивность клинических проявлений может уменьшаться[4].

Для гистологической картины этого дерматоза характерны гиперкератоз, паракератоз, гипергранулез и акантоз (в эпидермисе), небольшой хронический воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов (в сосочковом слое дермы) [5]. Характерен локальный гипергидроз, поверхность очагов кератоза обычно влажная, с черными точками выводных протоков потовых желез. Роговые наслоения переходят на тыльную поверхность кистей, стоп, области локтевых и коленных суставов, на их поверхности образуются болезненные глубокие трещины (особенно в области пяток)[3].

В круг дифференциальной диагностики наследственной кератодермии ладоней и подошв включают ряд дерматозов, в частности кератодермии: дисменорейную, климактерическую, псориатическую, ладонно-подошвенные сифилиды, болезнь Девержи, тилогическую экзему, мозоли, бородавки, а также синдром Папийона-Левфера[4].

Приводим наш пример. Под нашим наблюдением в Ташкентский областной кожно-венерологический диспансере в отделение дерматологии находился больной Хикматиллаев Жасур 2007 года рождения, которая проходил стационарное лечение по поводу болезни острова Меледа в декабре 2018 г. (рис.1-2-3-4). Повторный осмотр в ноябре 2019 г.

Жалобы: на виси уплотнение кожи ног и ладони, затруднение при ходьбе, изменение ногтевых пластинок.

Субъективно: зуд и боль

Anamnesis morbi: Со слов матери, считать больным своего ребенка с двух лет, первые элементы начались на ногах с эритематозным фоном. После 3-4 мес вся кожа ладоней и подошв приобрела белый цвет, а в 6 мес на этих местах появилось уплотнение. Отмечалось прогрессирующее патологическое процесса: в течение 2—3 лет высыпания распространились на тыльную сторону кистей и стоп, а к 9 годам поражения кожи стало по типу «перчатки и носки». Связывает с тем, что у его отца тоже есть аналогичные поражения кожи. Пациент регулярно получает амбулаторное и стационарное лечение.

Status localis: Кожаный патологический процесс носить хронический воспалительный, симметричный характер. Высыпание локализуется в области ладони и подошв, изменение и дистрофия ногтей. Элементами поражения являются гиперкератоз, трещина, пигментация. На момент осмотра мы можем увидеть толстое роговые наслоение желто-коричневого оттенка с глубокими трещинами, по их периферии имелась эритематозно-лиловая кайма шириной 2-3 мм и участки с локальным гипергидрозом.

Проведенное лечение:

Для Гипосенсибилизация: Sol. Thyosulfatisi natrii 30%-10ml в/в; Sol. Natrii chloridi 0.9%-100ml в/в

Для Антигистамин терапии: Tab. Zodak 1т 1р/д

Для Витамин терапии: Cap. Aeviti 1к 3р/д; Cap. Vitobeni 1к 2р/д

Для Гипатопротектора: Cap. Biflorani 1к 3р/д

Для Гормоно терапии: Sol. Prednizaloni 30mg 1.0ml в/м

Местное лечение: Ung. Sinoflani 2р/д; Ung. Ihtioli 10% 1р/д; Ung. Novosalic 2р/д.

В результате стационарного лечения (12 сут) роговые наслоения на ладонях и подошвах уменьшились, особенно в центральной части. Все трещины срослись, новые не обнаружено. Уменьшалась выраженность воспалительных явлений, гиперкератотических наслоений, уменьшалась площадь поражения и интенсивность зуда. Пациент был выписан из стационара с клиническим улучшением и рекомендовано продолжить лечение под наблюдением дерматолога по месту жительства.

Более чем за 3 года, в течение которых больная 2 раза лечилась в Ташкентский областной кожно-венерологический диспансере по поводу болезни острова Меледа, каждый раз после лечения наблюдалась определенная положительная динамика и ремиссия. После выписки из стационара клинические проявления приобретали прежние формы, без тенденции к дальнейшему прогрессированию.

Литература:

1. Клиническая дерматология и венерология. Под ред С.С.Арифов 82-8ст.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Под общ ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М: Литтерра 2005; 308-311ст.
3. Кожные и венерические болезни. Под ред Олег Леонидович Иванов Москва 2006 ; 132 ст.
4. Наследственные заболевания кожи. Под общ ред Мордовцев В.Н., Суворова К.Н. Алма-Аты 412-390 ;1995ст.
5. Наследственная патология кожи. Под общ ред. Мордовцев В.Н. Ю.Е. Вельтищева, Н.П. Бочкова. Москва 120-117 :2 ;1992.

ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОРНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ

Абдукадиров Э.И., Султанов А.Б., Матмуродов Р.Ж.,

Тошкент тиббиёт академияси

Эссенциал тремор (ЭТ) клиник кечиши бўйича Паркинсон касаллигига ўхшаш бўлган касалликдир. Паркинсон касаллиги эса кўпроқ эссенциал тремор фонида трансформация ҳолатда ривожланиши мумкин.

Тадқиқот мақсади. Эссенциал тремор касаллигин беморлар ёши, жинси ва дебюти бўйича клиник шаклларига боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва унинг усуллари. ЭТ билан касалланган 38 нафар бемор рўйхатга олинди. Беморларнинг ёши 30-62 ёш ўртасида бўлиб, ўртача $46,7 \pm 8,1$ ёшни ташкил этди. Барча беморлар клиник-неврологик ва ирсий-генеологик текширувлардан ўтказилди. Беморларнинг ёши, жинси ва дебюти бўйича гуруҳларга ажратилди.

Олинган натижалар: ЭТ касаллиги клиник шакллари бўйича таҳлил қилинганда 26 нафар беморда (68,4%) классик шакли, 7 нафар беморда (18,4%) экстрапирамидал шакли ва 5 нафар беморда (13,2%) миёча шакли кузатилди. Беморларнинг жинси бўйича солиштирилганда экстрапирамидал ва миёча шакллари эркакларга нисбатан аёлларда жуда кам учраши намоён бўлди. Беморларнинг ўртача ёши таҳлил қилинганда эса, эркакларда $53,2 \pm 2,4$ йил ва аёлларда эса $59 \pm 4,1$ йилни ташкил этди. Касаллик тарқалиши беморлар мурожаат қилган пайтдаги дебюти бўйича таҳлил қилинганда умумий гуруҳда ўртача $55,4 \pm 4,1$ ёшни ташкил этган бўлса, ушбу кўрсаткич эркакларда $51,6 \pm 3,2$ ва аёлларда $60,2 \pm 3,2$ ёшни ташкил этди, ($p < 0,05$). Ирсий-генеологик усулда шажара тузиш маълумотлари шуни кўрсатадики 31 нафар беморда (81,5%) ауотосом-доминант типда наслдан-наслга ўтиш кузатилиб, бу асосан касалликнинг классик шаклида кўпроқ намоён бўлди.

Хулосалар. Эссенциал тремор касаллиги хавфсиз кечиш хусусиятига эга бўлиб, аёлларга нисбатан эркакларда кўп учрайди ва уларда эрта бошланиш дебютига эгадир. Касалликнинг классик шакли кўп учраб, ауотосом-доминант типда наслдан-наслга ўтиш хусусиятига эга. Эссенциал тремор Паркинсон касаллигига трансформацияланиш хусусиятига эга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С АСФИКСИЕЙ

Абдуллаева М.М., Шамсиева Э.Р., Агзамходжаева Н.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Выявить наиболее информативные ультразвуковые признаки расстройства мозговой гемодинамики при асфиксии различной степени тяжести у новорожденных, для своевременной коррекции церебральной гемодинамики и нормального морфофункционального созревания мозговых структур в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 54 новорожденных с диагнозом ОНМК, наблюдавшихся на базе отделения патологии новорожденных первой клиники ТМА. Всем новорожденным проводилось эхографическое исследование головного мозга и доплерографическое исследование мозгового кровотока в первые 7 суток жизни.

Результаты. По результатам полученных данных выявлено: 22 новорожденных, у которых при рождении состояние было удовлетворительное и 32 новорожденных с состоянием легкой, средней степени тяжести и в тяжелом состоянии при рождении, обусловленным асфиксией новорожденных. Получены эхографические и доплерометрические критерии изменений церебральной гемодинамики у доношенных новорожденных с асфиксией легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

Выводы. При УЗИ головного мозга у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию в раннем неонатальном периоде, характерны доплерографические признаки нарушения становления церебральной гемодинамики в виде гипоперфузии, а у новорожденных, перенесших острую асфиксию – признаки церебральной гиперперфузии. У новорожденных, перенесших острую асфиксию на фоне хронической внутриутробной гипоксии в течение более длительного периода сохранялись признаки гипоперфузии по сравнению с новорожденными, перенесшими хроническую внутриутробную гипоксию.

ЦИТОКИНЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Абдуллаева Н.Х., Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) - заболевание, поражающее преимущественно женщин репродуктивного возраста. Еще в 1955 г. J.A. Merrill в одном из первых литературных обзоров «СКВ и беременность» отметил, что плодные потери при СКВ составляют 36%. Последующие многочисленные исследования подтверждали факт неблагоприятного влияния СКВ на течение беременности, ее материнские и перинатальные исходы. По статистике частота самопроизвольных аборт при СКВ составляет 50%, мертворождений - 35%, преждевременных родов - 25%, и около 5% младенцев страдает внутриутробной задержкой развития.

Цель. Изучить клинико-патогенетическое значение провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли альфа – ФНО- α , интерлейкина – ИЛ-6, ИЛ-18 и противовоспалительных цитокинов ИЛ-10 при СКВ.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных с диагнозом СКВ, средний возраст больных составило $35,1 \pm 11,5$ лет. Сывороточную концентрацию цитокинов измеряли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов реагентов «BenderMedSystems» (Австрия).

Результаты. Уровни ФНО- α , ИЛ-18, ИЛ-6 при СКВ были выше $p < 0,05$. Увеличение концентрации провоспалительных цитокинов зависило от формы, степени активности и длительности заболевания. Уровень ИЛ-10 у больных СКВ увеличивался в зависимости от степени активности заболевания. По мере нарастания длительности процесса наблюдения тенденция к понижению этого показателя. Концентрация фактора некроза опухоли – ФНО- α и интерлейкина ИЛ-6, ИЛ-18 в сыворотке крови оказалась повышенной почти у всех больных по сравнению с данными контрольной группы. У больных СКВ с высоким уровнем ФНО- α и ИЛ-18 в крови достоверно чаще встречались системные проявления заболевания, средняя и высокая степень активности процесса.

Выводы. Гиперпродукция провоспалительных цитокинов, участвующих в регуляции клеточного иммунного ответа и воспаления, является важным фактором патогенеза СКВ.

THE MDR1 GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Abdurakhmanova N.M., Buranova S.N., Lukmonov S.N., Toxirov A.

Tashkent medical academy

Background. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, systemic, autoimmune inflammatory disease with a strong genetic contribution to its pathogenesis. The treatment response is influenced by several factors including differences in drug metabolism. Genetic factors may be responsible for up to 30 % of this difference. The MDR1 gene product, P-glycoprotein, is probably one of the most important and best defined transporters for drug delivery in humans.

A number of large cohort studies were conducted on the study of the C3435T polymorphism of the MDR1 gene in patients with RA, but very little data was available on studies of the presence of three isoforms of the ABC1 gene.

Objectives. The aim of this study was examine genotype frequencies of the MDR1 gene C1236T (rs1128503), G2677T/A (rs2032582) and C3435T (rs1045642) polymorphisms in RA patients.

Methods. The study involved 76 patients with RA, of which women accounted for 73 people, and men 3 patients, aged $48,9 \pm 15,9$ years, with disease duration $3,5 \pm 3,1$ years. All patients were genotyped for three exonic MDR1 polymorphisms by using polymerase chain reaction (PSR-Real time). All patients are treatment with DMARD (Disease-modifying antirheumatic drugs).

Result. When we analyzing the triple genotyping from 27 combinations of genotypes in our study, 16 did not occur at all, and the most frequently occurring genotype was CT-GT-CT (in sequence T3435C-G2677T- C1236T), which was found in 26.32% of cases. Besides, two more genotypes were encountered more often than others: CC-TT-TT-22.36% and TT-GG-CT-21.1%. The remaining 8 genotypes were found in an insignificant number (CC-TT-CT, CT-TT-TT, TT-GG-TT, - 1.31% genotypes, CT-GG-CT-3.94%, CT-GT-TT -5.26%, CT-TT-CT-2.63%, TT-GT-CT-6.57%.

Three phenotypic groups were identified in which genotypes are often found. Owners of the CT-GT-CT genotype showed duration of remission of 3-6 months and a moderate drug response. The carriers of the CC-TT-TT genotype showed a remission duration of less than 3 months and a poor drug response. Patients with the TT-GG-CT genotype were characterized by remission duration of more than 3 months and a good drug response.

Conclusion: Studies of the genotypes of polymorphism of the MDR1 gene in patients with RA allowed us to identify their relationship with the clinical course of the disease, the activity of the pathological process and the effectiveness of the basic therapy. Genotyping of RA patients can be used to predict the effectiveness of drug therapy and a personalized selection of methods for treating patients.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Абдурахмонов А.А., Пулатова Н.И.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Сравнительное изучение безопасности антихеликобактерной терапии при применении эокантибиотика.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии. Под наблюдением были 20 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения в возрасте от 18 до 50 лет, среди них 12 мужчин и 8 женщин. Больные были рандомизированы в две группы. В первой группе назначали стандартную терапию первой линии состоящей из 20 мг омепразола, 750 мг амоксициллина и 500 мг кларитромицина 2 раза в день в течение 14 дней. Пациенты второй группы получали омепразол 20 мг 2 раза, экобол 1000 мг 2 раза, экозитрин 500 мг 2 раза в день в течение 14 дней. Безопасность антихеликобактерной терапии изучали путем исследования кала на дисбактериоз.

Результаты исследования. У 15 (74,5%) пациента уже до начала антихеликобактерной терапии уже отмечались признаки кишечного дисбиоза и, в первую очередь, снижение числа бифидобактерий и у 12 (60%) пациентов уменьшение количества лактобактерий. Включение эокантибиотиков в схему эрадикационной терапии способствовало значимому улучшению состава микрофлоры кишечника. Так, по завершении лечения у пациентов, принимавших Экобол и Экозитрин, у 5 (50%) выявлено достоверное увеличение количества бифидобактерий и у 2 (30%) нормализация уровня лактобактерий. Так, по завершении лечения лишь у 2 (20%) пациентов 2-й группы выявлено снижение бифидобактерий и у 3 (30%) — уменьшение количества лактобактерий. В 1-й группе пациентов, принимавших традиционные антибиотики, отмечено угнетение роста представителей нормофлоры у 9 (90%) пациентов. По завершении приема антибиотиков не только возросло число пациентов со сниженным количеством бифидобактерий и лактобактерий, но и у 6 (60%) пациентов в повышенном количестве стали определяться грибы рода Candida.

Выводы. В плане безопасности эрадикационной терапии, целесообразно применять эокантибиотики, которые более эффективно влияют на состояния микробиоценоза кишечника, что приводит к лучшей терапевтической переносимости чем традиционные обычные антибиотики.

ОШҚОЗОН ВА ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ ЭРАДИКАЦИОН ТЕРАПИЯСИДА ЭКОАНТИБИОТИКЛАРНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Абдурахмонов А.А., Ахмедова Н.А., Пўлатова Н.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади. Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яра касаллиги эрадикацион терапиясида пробиотик таркибли экоантибиотиклар ва уч компонентли анъанавий даводаги дори воситаларининг ноҳўя таъсирларини клиник (кўнгил айниши, метеоризм ва диарея) ва лаборатор кўрсаткичлари (копрология) орқали қиёслаш.

Текшириш методи ва усуллари. Текширув учун 30 та бемор 1 ой давомида кузатувда бўлди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳга 14 та беморга эрадикацион даво схемасида Экозитрин (кларитромицин + лактулоза) 500 мг х 2 маҳал, амоксициллин 1000 мг х 2 маҳал, рабепрозол 20 мг х 2 маҳал; 2- гуруҳга 16 та беморга кларитромицин 500 мг х 2 маҳал, амоксициллин 1000 мг х 2 маҳал, рабепрозол 20 мг х 2 маҳал 14 кун давомида берилди.

Олинган натижалар. 1-гуруҳ беморларда ноҳўя таъсирлар (кўнгил айниши, метеоризм ва диарея) 2-гуруҳ беморлардагига нисбатан сезиларли даражада кам учради. 1 гуруҳдаги 14 та бемордан 3 тасида (21.4%), 2-гуруҳ беморларининг 9 тасида (56.25%) кўрсатилган ноҳўя таъсирлар юзага келди. Копрологик текширувда 1-гуруҳдаги беморлар нажас тахлилида 2 та (14.3%) беморда, 2-гуруҳда 11 та (68.75%) беморда дисбактериозга хос ўзгаришлар аниқланди.

Хулоса. Текширув шуни кўрсатдики, ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яра касаллигини даволашда даво таркибига пробиотик сақловчи антибиотик дори воситаларини киритиш антибиотикларнинг ноҳўя таъсирини олдини олади ва клиник симптомларнинг камайишига сабаб бўлади.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИТМА ЭЭГ У БОЛЬНОГО С ИНСУЛЬТОМ В ОСТРЫЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Абдухаликова Н.Ф., Юнусова М.Р., Расулова Д.К.,

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Инсульт занимает одну из лидирующих позиций в мире в структуре общей смертности и является ведущей причиной инвалидизации взрослого населения. Картина ЭЭГ при инсультах отражает общемозговые проявления сосудистой катастрофы и региональные процессы, возникающие вследствие инсульта[3]. ЭЭГ позволяет проводить мониторинг изменений состояния мозга больного как при протекании болезни, так и в реабилитационном периоде, помогая врачу отследить динамику изменения состояния больного при конкретном лечении.

Целью исследования стало изучение особенности изменений электрической активности головного мозга у больного сразу после ишемического инсульта и в периоде восстановления с помощью метода интегрального количественного анализа ЭЭГ структуры.

Методы исследования: При изучении изменений электрической активности головного мозга у больного сразу после ишемического инсульта было установлено, что первичные постинсультные изменения на ЭЭГ обычно связаны с преобладанием высокочастотных низкоамплитудных альфа и бета-ритмов. А на вторые сутки после ишемического инсульта начинают доминировать медленноволновые высокоамплитудные дельта и тета-ритмы[1]. При выполнении реальных движений паретичной рукой больного, на ЭЭГ мощность колебательной активности преобладает в низкочастотных диапазонах тета- и дельта-ритмов. При этом возникает угнетение альфа- и бета-активности с появлением слабых очагов гамма-ритма.

В восстановительном периоде (т. е. через 4-6 мес после инсульта) ЭЭГ характеризуется: снижением амплитуды альфа-ритма, замедлением его частоты до 8-9 Гц; наличием очаговых проявлений в зоне инсульта с появлением здесь тета- и дельта-активности. Для ЭЭГ в это время характерна инертность к ритмическим воздействиям. В течение восстановительного периода происходит уменьшение медленной активности с одновременным увеличением индекса альфа-ритма. В процессе протекания дальнейшего восстановительного периода повышается его амплитуда и увеличивается реактивность к нагрузкам (в некоторых случаях медленноволновая активность в зоне инсульта замещается высокочастотной, которая может сохраняться на ЭЭГ в течение многих лет).Наличие к концу первого года после инсульта высокоамплитудного альфа-ритма частотой 9-12 колеб./с, его высокого индекса, с умеренно сниженной активностью и отсутствием патологической активности при ТФС указывает на регрессирующий характер заболевания и благоприятный социально-трудовой прогноз[2].

О замедлении процесса восстановления свидетельствуют следующие ЭЭГ-показатели: 1) доминирование в ЭЭГ медленноволновой активности, или низкочастотного бета-ритма, или низкоамплитудной полиморфной медленной активности; 2) наличие очагового процесса дистрофического характера значительной или средней степени тяжести; 3) наличие на ЭЭГ альфа-ритма с индексом свыше 30%; 4) появление на ЭЭГ-покоя или при функциональных нагрузках дельта-ритма; 5) частотно-амплитудная межполушарная асимметрия свыше 30%[2].

Выводы. Таким образом, одним из наиболее важных методов исследования, определяющих структурные и функциональные изменения головного мозга человека является электроэнцефалография.

Литература

1. Ковалёва Н.С., Балязин В.А., Макляков Ю.С. «Динамика изменений структуры ЭЭГ в процессе лечения ишемического инсульта в рамках концепции ноотропной стимуляции». Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии». Бюллетень сибирской медицины, 5, 2008;
2. Поворинский А.Г. Пособие по клинической электроэнцефалографии / А.Г.Поворинский, В.А.Заболотных. Л.: Медицина, 1987;
3. Ю.А. Крючков, Н.В. Щуковский, И.И. Шоломов, А.Е. Руннова, М.О. Журавлев Оценка результатов электроэнцефалографии в реабилитации пациентов с моторными нарушениями после перенесенного инсульта / Ульяновский медико-биологический журнал. № 4, 2018.

STRUCTURE OF PREDICTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN EMERGENCY HOSPITALIZED CARDIOLOGICAL PATIENTS

Agzamova Z., Kapsultanova D.A., Zhangelova Sh.

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

Relevance: Cardiovascular disease (CVD) remains the most significant problem for many developed countries of the world and for the Republic of Kazakhstan also (RK). In this regard, early diagnosis of CVD and their correction is an important problem

of predictive diagnosis.

Objective: to analyze the frequency of occurrence of predictors' risk of cardiovascular disease in patients urgently hospitalized in the City Cardiology Center of Almaty in 2019.

Materials and research methods. A prospective analysis of 88 case histories of patients aged 40-85 years, urgently hospitalized at the Almaty City Cardiology Center in 2019, by random sampling was performed. While assessing the structure of hospitalized patients, the following were studied: gender, age, medical history, objective examination, clinical, laboratory and instrumental methods of research.

The results of the study. It was found that the average age of urgently admitted patients was 62.71 ± 11.18 years, of which 63.6% were men and 36.36% were women. All patients were diagnosed with coronary artery disease. The first place in the frequency of occurrence of comorbid conditions is arterial hypertension - in 95.6%, the second - chronic kidney disease - in 39.1% of the patient, and the third - diabetes mellitus - 30.8%. A third of patients (35.2%) had a history of myocardial infarction, atrial fibrillation and chronic obstructive pulmonary disease had 34.7%, 17% suffered from an acute violation of cerebral circulation. In the structure of hospitalized ACS, 79% and 21% were other BSKs. ACS with ST elevation was 25% of patients and ACS without ST elevation. The average level of Troponin I was 3.5 ± 4.6 ng / L, C-reactive protein 9.52 ± 6.5 g / L and uric acid 524 ± 26 μ mol / L, which is significantly higher than in patients with ACS without ST elevation. Almost all patients suffered from AH-95.45%, overweight or obesity - 85.2%; dyslipidemia was observed in 91.8% of cases. Smoking and alcohol are documented in 21.5% and 25.4% of cases. BMI was high in both women and men 30.4 ± 5.3 and 29.4 ± 4.1 , respectively, the average LDL level was 3.6 ± 1.5 in women and 3.5 ± 1.4 in men. Analysis of laboratory and instrumental methods of research showed that 82.9% of the patient had a heart rate above 70 beats / min, which is also a predictor of death from CVD and SCD; 93% had LV hypertrophy, decreased PV <49% -31.8%. An increased level of C-reactive protein and uric acid was observed in 56.8% and 50% of patients, respectively, a positive correlation was found between these parameters ($r = 0.8$). 44.3% of the patient had a reduced glomerular filtration rate, a negative correlation between the level of uric acid and GFR was revealed ($r = -0.5$). Violation of electrolyte metabolism in the form of hypomagnesemia was observed in 56% of patients, and hypokalemia in 37% of patients. **Conclusions:** a high prevalence of the main modifiable CVD risk factors among residents of Almaty was established. Timely identification of risk factors and their correction at the prehospital stage within the population of the Republic of Kazakhstan will lead to a decrease in morbidity and mortality from CVD.

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДА КОРТИЗОЛ ГОРМОНИ МИҚДОРНИНГ ЎЗГАРИШИ ВА БУ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР РИВОЖЛАНИШИДАГИ РОЛИ

Акрамова Д.Т., Рахимбаева Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Паркинсон касаллигида гормонлар ўзгаришининг когнитив бузилишларни келтириб чиқаришдаги роли хали ўз тасдиғини тўлиқ топмаган бўлсада, аммо ушбу назария бир қатор олимларнинг бир неча йиллик тадқиқотларида ўз тасдиғини топди. Янги кузатувлар натижасига кўра бош мия оролчалари пўстлоғи ва кортизол гормони ўзаро паркинсонизм ривожланишига алоқадордир. Пўстлоқ соҳаси миқёсидаги дофаминэргик бузилишлар шахсият ўзгаришлари ва Паркинсон касаллигида ярим шар симптомлари ривожланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Гиппокамп минералокортикоид рецепторлари экспрессиясининг пасайиши кортизол суткалик эгри секрецияси сабаби бўлиши мумкин ва Паркинсон Касаллигида суткалик профилининг ўзгариши минералокортикоид рецепторларининг нисбий ортиши, гиппокамп нейронлари йўқотилишини компенсацияланиши билан изоҳланди. Паркинсон Касаллиги кузатилган беморларда юқори миқдорларда кортизол ва паст кўрсаткичларда мелатонин аниқланди.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Клиник текширув 2015-2019 йиллар оралиғида Тошкент Тиббиёт Академияси 1 ва 2 неврология бўлимларида, Тошкент шаҳри Олмазор туманидаги 15 ва 16 Оилавий поликлиникаларда ўтказилди. Клиник кузатувда жами 102 нафар бемор иштирок этди, беморларнинг ўртача ёши 56.7 ± 3.2 ни ташкил этди. Беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди Асосий гуруҳни Паркинсон касаллиги билан хасталанган 68 бемор ташкил этди. Беморларда клиник неврологик, анамнестик текширув неврологик кўрик стандартларига мос ҳолда ўтказилди (Михайленко А.А 2001, Скоромец А.А. 2002). Паркинсон касаллиги оғирлик даражаси Хен ва Яр шкласи бўйича баҳоланди. Ювенил Паркинсонизм ташхиси бўлган беморларга текширувда иштирок этмади. Васкуляр паркинсонизм критерийлари Левин критерийси бўйича баҳоланди (Левин О.С, 2002). Барча беморларда эрталабки қон зардобиди кортизол гормонининг концентрацияси иммунофлюоресцент усулида аниқланди. Беморлардаги когнитив бузилишлар Logical Memory substest 1 and 2, Wechsler Memory Scale Revised, Hamilton Rating Scale for Depression Гамилтон шкаласисини қўллаган ҳолда ўрганилди.

Натижалар: Кортизол гормонининг плазмадаги концентрацияси ортиши билан боғлиқ натижалар қуйидагича: асосий гуруҳда Паркинсон касаллиги билан хасталанган беморлар 68 нафар бўлиб уларда қон зардобидидаги ўзгаришлар бўйича 50 - 250 мг/мл оралиғида кортизол гормони ошган беморлар 20 нафар (29.4%), 250-500 мг/мл оралиқдаги беморлар 37(54.4%), 500 - 900 мг/мл 11(16.1%) нафарни ташкил этди.

Беморларда когнитив бузилишлар - Енгил когнитив бузилишлар: 22 (32%), ўрта когнитив бузилишлар: 31(45.6%), оғир когнитив бузилишлар: 15 (22 %) ҳолатларда кузатилди. Кортизол гормони ва когнитив бузилишларнинг ўзаро алоқадорлиги Спирмен корреляцияси Ранг коэффциенти қиймати Wechsler Memory Scale бўйича Асосий гуруҳда $n=68$, $r=0.45$, $p=0.03$, Назорат гуруҳида $n=47$, $r=0.77$, $p=0.02$, Hamilton Rating Scale for Depression шкаласи бўйича асосий гуруҳда $r=-0.13$, $p \geq 0.05$ ва назорат гуруҳида $r=0.74$, $p=0.04$ ни ташкил этди.

Хулоса: Олинган натижалардан кўриб турибдики, Паркинсон касаллигида қон зардобидида эрталабки кортизол концентрациясининг ўзгариши ва ривожланиб боровчи когнитив нуқсонлар орасида бевосита алоқалар мавжуд бўлиб, ушбу алоқалар бири бири билан узвий боғлиқ.

FEATURES OF DIFFERENT VASCULAR REGIONS IN SISTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Alieva K.K., Khuzhayev R.B., Pulatov Kh.Kh.

Tashkent medical academy

Introduction. The question about the mechanisms of early development of atherosclerosis in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) remains controversial. The most common hypothesis states that the early development of atherosclerosis in SLE patients is associated with an increased incidence of traditional risk factors such as hypertension (HT), dyslipidemia, and diabetes, all of which can be triggered by treatment with glucocorticoids (GC) [8]. Recent studies suggest that the development of atherosclerotic disease in SLE is associated with chronic immune activation [7]. A role can also be played by the interaction of traditional risk factors for atherosclerosis and factors related to the actual SCR [2]. It is known that the treatment of CC is among the risk factors of atherosclerosis [5].

Thus, the pathogenesis of atherosclerotic vascular disease in SLE multifactorial and is associated with the interaction between traditional risk factors, factors that are induced by inflammation and injury / thrombosis mediated by antiphospholipid antibodies. Treatment of HA and severe kidney may accelerate atherosclerosis in SLE. Interest in foreign currency as a model of atherosclerosis due to the fact that the incidence of coronary heart disease (CHD) in patients with SLE at times exceeds, by sex and age, the incidence of this nosology in the general population [6].

The purpose of the study - to determine the frequency and nature of the evidence of atherosclerotic lesions of the extracranial and peripheral arteries in patients with SLE.

Materials and methods. Were examined 34 patients with SLE who were treated at SCAL of the 1st clinic TMA. The diagnosis of SLE was calculated from the diagnostic criteria of the American Rheumatology Association (1982). Inclusion criteria: I and II degree of activity of SLE, duration of admission GC at least 1 year. Exclusion criteria were the III degree of activity of SLE, chronic renal failure stage II-IV. The age of patients ranged from 20 to 60 years, mean age $40,2 \pm 12,8$ years. Among the patients studied was 33 (97%) women and 1 (3%) men. I was the degree of activity of SLE in 15 (44.1%) and II - in 19 (55.9%) patients. The disease duration ranged from 14 to 496 months, on average - from 14 to 496 months. Duration of GC therapy - from 12 to 27 years, on average - $8,41 \pm 6,8$ years. The daily dose of prednisolone HA during the survey ranged from 1.5 to 40 mg / day and averaged $15,5 \pm 6,18$ mg. In a clinical and instrumental study identified heart disease: miocardial cardiosclerosis or myocarditis, or heart disease - in 30 (88.2%) patients, joint involvement: arthralgia, arthritis, secondary osteoarthritis, aseptic necrosis of the bone - in 30 (82.3%), skin lesions in a «butterfly», dermatitis, alopecia, discoid lupus - in 27 (79.4%), lymphadenopathy - in 24 (70.5%) lesions of serous membranes: pericarditis, pleurisy - in 21 (61.7%), lung injury: pneumonitis, pulmonary fibrosis - in 19 (55.9%), lesions of the mucous membrane: enanthema, thrush - in 16 (47%), vascular damage, manifested by Raynaud's syndrome, livedo, Digital Vasculitis, trophic ulcers, hemorrhagic vasculitis, thrombophlebitis - in 14 (41.2%), kidney disease: lupus nephritis - in 12 (35.3%), nervous system problems: cerebral vasculitis, polyneuritis, stroke - in 10 (29.4%), loss of endocrine organs: thyroiditis, diabetes - in 8 (23.5%). In order to determine the presence of coronary atherosclerosis over patients, in addition to regular clinical examination and ECG in 12 standard leads performed Doppler echocardiography. To detect atherosclerotic lesions of the extracranial and peripheral arteries using ultrasound duplex scanning of the vertebral artery (PA), internal carotid (ICA) and common carotid artery (CCA), lower limb arteries - common iliac (OPA), the common femoral (CFA), superficial femoral (PBA), the deep femoral (GBA), popliteal (PKA), the back and the anterior tibial artery.

The presence of extracranial atherosclerosis and peripheral vessels was determined by a thickening of the intima-media, plaques in the intima of the arteries, the presence of stenosis.

Results and discussion. Atherosclerotic vascular disease was detected in 14 (41.1%) patients, has made - 1yu group. Plaques in the extracranial vessels were observed in 9 patients, accounting for 26.5% of all patients and 64.2% - Group 1. Atherosclerotic plaques were detected only in the OCA in 2 (22.2%), only in the ICA - in 4 (44.4%), the combined loss of the OCA and ICA - in 3 (33.3%) patients. Stenosis of the carotid arteries was found in 6 patients, accounting for 66.6% of the number of plaques in patients with extracranial vessels, 54.5% - one of the first group and 17.6% of the total number of patients, the degree of stenosis ranged from 10 to 30%. Stenotic changes in OSA was found in 1 patient, which was 16.7% of patients with stenoses in the extracranial vessels, stenosis was 10%. Stenosis of the internal carotid artery was found in 5 patients, representing 83.3% of patients with stenoses in the extracranial vessels, stenosis of 15 to 35%.

Atherosclerotic plaques in the blood vessels of the lower extremities were found in 11 patients, accounting for 32.3% of all patients and 78.6% - Group 1. Plaques observed in OPA in 3 (27.3%) patients, both - in 8 (72.3%), the PAP - in 5 (45.4%), GAB - in 5 (45.4%), RCA - in 6 (54.5%), ZBBA - in 6 (54.5%), PBBA - in 6 (54.5%). Stenosis of the arteries of the lower limbs was found in 6 patients, accounting for 54.5% of the patients with plaque in the blood vessels of the lower extremities, 42.8% - one of the first group and 17.6% - the total number of patients. Stenosis in the OPA identified in 3 (27.3%) patients, both - in 5 (45.4%), in the GAB - in 3 (27.3%), in ZBBA - in 2 (18.2%). Stenosis was in OPA 10 to 60%, in both - from 10 to 50%, in GAB - from 20 to 30%, ZBBA - from 50% to total occlusion. None of the patients reported clinical claudication.

Thus in patients with SLE often detect signs of atherosclerotic arterial disease of the lower extremities (32.3% for $n = 34$), somewhat less - extracranial arteries (26.5% for $n = 34$). Signs of only one of the two pools were investigated vascular 7 patients (20.5% of the total number of the patients with SLE and 50% - with signs of atherosclerosis), only extracranial arteries - in 3 (21.4%), only the lower limb arteries - 4 patients (28.6%) patients.

Combined vascular lesion two pools were detected in 3 patients (8.9% of the total number of the patients with SLE and 21.4% - with signs of atherosclerosis). Most frequently (2 patients) reported a combination of extracranial lesions and peripheral arteries. According to the literature artery atherosclerotic changes are common SLE patients. Our data are consistent with the studies by different authors, which indicate that the frequency of detection of carotid plaque in SLE patients is 17-41% [2,7,8], and atherosclerotic femoral artery - in 6-54% of patients [1,3,4].

The literature suggests that the incidence of myocardial infarction in a population of patients with SLE is 5 times higher than in the general, and among women aged under 50 years - 50 times higher [6]. In 4951 the U.S. was 1998.g.v hospitalized SLE patients aged younger than 50 years, the cause of which was atherosclerosis, representing 8.9% of all hospital admissions of SLE patients younger than 50 years [8]. Thus, for the timely and adequate treatment of SLE patients in need of an appropriate survey to detect atherosclerosis.

Conclusions. 1. In 41.1% of SLE patients without significant renal failure at the age of 20 to 60 years (mean age $40,2 \pm 12,8$ years) reveal signs of atherosclerotic peripheral and extracranial arteries according to instrumental imaging plaques.

2. SLE patients with evidence of atherosclerotic various vascular beds more often (78.6% of patients with atherosclerotic vascular changes) noted with peripheral artery narrowing of 10% to total occlusion, and somewhat less frequently (64.2% of patients with atherosclerotic vascular changes) - Atherosclerosis of the extracranial arteries with narrowing of 10 to 35%.

References:

1. Asanuma Yu. (2003) Premature coronary artery atherosclerosis I systemic lupus erythematosus. N. Eng. J. med., 349: 2407-2415
2. Doria A. et. al (2003) Risk factors for subclinical atherosclerosis in a prospective cohort of patient with systemic lupus erythematosus. Ann. Rheum. Dis., 62: 1071-1077
3. Gordon C. (2002) Long term complication of systemic lupus erythematosus. Rheumatology, 41:1095-1100
4. Manger K. et. al. (2003) Factors associated with coronary artery calcification in young female patient with SLE. Ann. Rheum. Dis., 62(9): 846-850
5. Manzi S. (2000) Systemic lupus erythematosus: a model for atherogenesis? Rheumatology, 39: 353-359
6. Roman M.J. et. al. (2003) Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. N. Eng. J. Med., 349: 2399-2406
7. Selzer F. et. al. (2004) Comparison risk factors for vascular disease in carotid artery and aorta in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum., 50(1): 151-159
8. Thorburn C.M., Ward M.M. (2003) Hospitalizations for coronary artery disease among patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum., 48(9): 2519-2523

INFLUENCE OF ATHEROSCLEROSIS SEVERITY ON THE PROTECTIVE EFFECT OF ATORVASTATIN LOADING DOSE IN PATIENTS WITH RECANALIZATION OF CHRONIC CORONARY ARTERY OCCLUSIONS

Aliyeva S.Z., Makhsudova M.X.

Tashkent medical academy

Relevance. In the modern world, cases of atherosclerosis are more often noted. This disease affects the blood vessels, including coronary arteries.

The purpose of the study. To evaluate the protective effect of atorvastatin in endovascular revascularization of chronic coronary artery occlusions in patients with different severity of coronary artery atherosclerosis.

Material and methods. The study included 60 patients who underwent recanalization of chronic coronary artery occlusions. All patients were assigned a loading dose of atorvastatin 80 mg a day before surgery. The patients were further divided into high and low risk groups on the SYNTAX scale. Troponin I and MV fraction of creatine phosphokinase were determined, the functional state of the myocardium was evaluated by echocardiography one day before, 24 hours and one month after percutaneous coronary intervention.

Results. In the high-risk group, a higher level of troponin I was diagnosed 24 hours after recanalization of occlusion. In the low-risk group, the level of troponin I was significantly lower one day after revascularization. There were no significant changes in the level of MV-CFC in any of the groups. No statistically significant change in echocardiographic parameters was detected in any of the groups during the entire follow-up period.

Conclusion. The results of the assessment of the level of cardiomarkers showed that the loading dose of atorvastatin in 80 mg before recanalization and stenting of chronic coronary artery occlusions has a protective effect and prevents the development of perioperative myocardial damage. Atorvastatin in a loading dose of 80 mg has a protective effect only in patients with mild atherosclerosis, i.e. with a score on the SYNTAX scale less than 19.5. At the same time, a high dose of atorvastatin does not have a significant impact on the Central hemodynamic parameters in the near and long-term periods.

БУЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БУЛГАН БЕМОРЛАРДА СИМПТОМЛИ ВА СИМПТОМСИЗ ИНСУЛТ

Алиева С.З., Максудова М.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги: Булмачалар фибрилляцияси хозирги кунда хаёт учун енг хавфли булган патологик холатлардан бири.

Максади: Булмачалар фибрилляциясини клиник намоён булувчи ва клиник намоён булмайдиган ишемик инсулт билан боғликлигини баҳолаш.

Материал ва усулар: Тадкикот 200 та бемордаутгазилди. Беморлар 2 та группабулинди: 1- гурухбеморларбулмачаларфибрилляциясинингбарча тури биланкасалланганхамдаанамнезидатранзиторишемикхужумгаучрамаган; 2-гурух беморларэсаишемиктипда бош мия кон айланишинингуткирбузилишиватранзиторишемикхужумгаучраганбеморлар. 1-гурух беморларнингбарчасиконтрастсиз бош мияМРТсиданутказилди. 2-гурухда эсабулмачаларфибрилляциясибулмаганбеморлардаюрак ритм бузилишинианиклашчун 72-соатлик холтер мониторинг ЭКГисиутказилди.

Натижалар: Биринчигурухда 20% (90тадан 18та) бемордасимптомсизинсултаникланган, улардан 9% (18 тадан 8 та)сидабир марта инсулт, 11% (18тадан 10та)сидаэсабирмартадан куп инсултутказганлигианикланган. Симптомсизинсултбулган 18 та беморданфакатгина 17% (18тадан 3та)сиварфарин кабул килганвабирбеморда МНО 2дан 3 гачабулган, биргинабемор (5,6%) аспири биланклопидогрелни кабул килган. 1-гурух беморларда CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc шкаласибуйича (2 балл- 20% (90тадан 18та), 3 балл- 24% (90тадан 22та), 4 балл-23% (90тадан 21 та), 5 балл- 17% (90тадан 15та), 6 балл- 5,6% (90 тадан 5та), 7 балл- 4,4% (90 тадан 4 та)) юкори балл булди.2-гурух беморларнинг 26% (57тадан 15та)идабулмачаларфибрилляциясиэпизодибулган. Бош мия кон айланишинингуткирбузилишиниутказганёкитранзиторишемикхужумгаучраганбеморларорасида узок вактанамнезидабулмачаларфибрилляциясибулганбеморларданфакатгина 5,7% (53тадан 3 та)сиварфарин кабул килган, 30% (53 тадан 16 та)сиантиагрегантпрепаратларини кабул килган.

Хулоса: Булмачалар фибрилляцияси билан огриган беморларда CHA₂DS₂-VASc шкаласи буйича паст балл булганлигини хисобга олиб, улардасимптомсизинсултутказганлигининкорэтишмумкин. Хамда бош мия КТ ваМРТсизбундайкасалларда алгоритм диагностикасигакиритилишилозим.Бубизга уз вактидапрофилактивантикоагулянт-

ларнибуйоришимизгаёрдамберадивакайтиансултбулишхавфиниолдиниолади. Ишемик тип буйича бош мия кон айланишинингуткирбузилишиниутказганбеморларюракритмибузилишиниутказганлигининкорэтишучунхолтер мониторинг ЭКГ утказишларизарур.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Алиева С.З., Максудова М.Х.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Ишемическая болезнь сердца обуславливает до 41% случаев смертности среди взрослого населения развитых стран. Наиболее опасной острой формой ишемической болезни сердца является острый инфаркта миокарда.

Цель исследования. Изучить клинические особенности острый инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследовании провели ретроспективный анализ историй болезни 55 пациентов, поступивших по поводу острый инфаркта миокарда с и без зубца Q в отделение кардиологии и кардиоранимации. Они разделены на две группы по возрастной категории: в первой группе возраст пациентов составили от 27 до 44 лет (25 пациентов истории болезни), во второй группе - 46 до 60 лет (30 пациентов истории болезни). В клинике наблюдалась острая и затяжная (более 20 мин) ангинозная боль в покое, при этом учитывалась и атипичные болевые ощущения.

Результаты. У лиц молодого возраста прединфарктное состояние развивается реже, чем у пожилых людей, в 12% случаев имело типичную симптоматику с болевым синдромом и более выраженную клиническую картину и меньшую продолжительность. У 80% молодых пациентов ангинозный статус проявляется ярко, у пожилых - 60%. Боли часто носят жгучий, режущий, сжимающий характер, трудно поддаются сосудорасширяющей терапии, рецидивируют. У пациентов пожилого возраста типичная загрудинная боль встречается лишь в 60% случаев, а в 20% случаев в остром периоде инфаркта миокарда она вообще не наблюдается. У 88% молодых инфаркта миокарда развивался внезапно и ему предшествовали атипичные проявления (торокалгия, артралгия, зубная боль, дискомфорт в грудной клетке и др.). Осложнения острого периода оинфаркта миокарда у молодых: кардиогенный шок 12%, острая левожелудочковая недостаточность 16%, разрывы миокарда 4%, тромбоэмболический синдром 8% наблюдаются в два раза меньше по сравнению с лицами пожилого возраста. Инфаркта миокарда у лиц молодого возраста протекает менее благоприятно - около 40%, чем у лиц старшей возрастной группы: глубже и обширнее некроз миокарда, чаще развиваются постинфарктные аневризмы.

Выводы. Прединфарктное состояние у молодых наблюдается реже, чем у пожилых. Для пациентов молодого возраста более характерен крупноочаговый инфаркта миокарда. У лиц молодого возраста инфаркта миокарда чаще развивается постинфарктная аневризма.

EFFICACY OF FLUOROQUINOLONES IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH COMORBID EXACERBATION OF BACTERIAL RHINOSINUSITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Aliqulova Kh., Pulatova N.I.

Tashkent medical academy

The purpose of the study was to study the prevalence of the inflammatory pathology of the paranasal sinuses (PNS) and the efficacy of moxifloxacin in patients with COPD.

Materials and methods. 62 patients with infectious exacerbation of COPD in the pulmonology department of the 1-clinic TMA were examined. In addition to standard examinations, all patients underwent X-ray diffraction of the PNS. All patients received pulmonary basic therapy, depending on the stage of COPD and moxifloxacin 400 mg once a day, orally, for 10 days. The effectiveness of treatment was assessed by analyzing the dynamics of characteristic pulmonological clinical symptoms, objective signs (function of upper respiration).

Results. It was revealed that in 37 patients with COPD (59.6%) there were typical symptoms of rhinosinusitis. When carrying out radiation diagnosis in 21 people (34%), X-ray signs of various forms of sinusitis were found. Among 41 (66%) patients who did not have X-ray abnormalities from the PNS, 20 (32%) had symptoms typical of rhinosinusitis, 21 (35%) had no x-ray and clinical signs of rhinosinusitis.

Antibacterial therapy was given to 18 (29%) patients who had a clinically pronounced course of the disease.

As a result of the treatment, the edema decreased by 57%, and the hyperemia of the mucous membrane decreased by 33%. On examination on the 10th day of observation, the minimal mucosal discharge in the nasal cavity was preserved in 10 (55%) patients, in 14 (77%) minimal mucosal edema of the nasal cavity, in all 18 patients (100%), insignificant hyperemia was observed mucous membrane. In general, the overall assessment of the severity of clinical symptoms of rhinosinusitis decreased by 60%.

From the side of the bronchopulmonary system there was also a stable positive dynamics. On the 10th day of treatment cough decreased by 44%, dyspnea decreased by 50%, sputum decreased by 48%. The severity of symptomatic exacerbation of COPD decreased by 54%.

The conclusion. COPD in 55% of cases is comorbid with bacterial rhinosinusitis. In 15%, exacerbation of rhinosinusitis is accompanied by a manifestation of clinical signs of COPD. Moxifloxacin is highly effective against respiratory pathogens and is a valid choice for the treatment of upper and lower respiratory infections.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Алимарданов А.А., Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Оценить качество жизни у пациентов с артериальной гипертензией на фоне ожирения с помощью опросника SF-36.

Материал и методы. В исследование включены 43 пациентов с абдоминальным ожирением (АО). ОТ (жен) = 108,8 ± 10,1 см; ОТ (муж) = 113,9 ± 10,9 см; ИМТ – 33,4 ± 4,9 кг/м². Группу контроля составили 23 больных с АГ без абдоминального ожирения (АО). Обследование включало физикальный осмотр, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД. Обе группы были сопоставимы по возрасту: средний возраст составил 48 и 46 лет соответственно. В работе для оценки качества жизни использовался опросник Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Он состоит из 36 вопросов, результаты оцениваются по 8 шкалам в баллах (от 0 до 100). Чем выше результат, тем лучше качество жизни. Максимальное количество баллов составляет 800.

Результаты исследования. У пациентов с артериальной гипертензией на фоне ожирения отмечалось значительное снижение показателей качества жизни по сравнению с группой контроля, по всем шкалам опросника SF-36 и его суммарного показателя. Избыточная масса тела и ожирение неодинаково оказывали влияние на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией. Достоверные отличия между избыточной массой тела и группой контроля выявлены только для физического функционирования, которое отражает возможность выполнения нагрузок различной интенсивности ($p < 0,05$). По другим шкалам опросника отличия были не достоверны. При сравнении групп с нормальной массой тела и ожирением были установлены, существенные различия по всем шкалам опросника, кроме социально-функционального. Низкими оказались показатели ролевого физического функционирования и жизнеспособности (32,76 ± 4,91 балла и 43,71 ± 2,19 балла соответственно ($p < 0,01$)). Ролевое физическое функционирование, отражающее возможность выполнения типичной для данного возраста и социального статуса работы, уменьшилось в два раза по сравнению с 2-й и 3-й исследуемыми группами. Наличие ожирения у пациентов с ЭАГ неблагоприятно отражалось на эмоциональном статусе пациентов: по шкалам психического здоровья и ролевого эмоционального функционирования отмечены более низкие показатели, чем у пациентов с нормальной массой тела (53,68 ± 2,29 балла и 31,36 ± 4,22 балла соответственно ($p < 0,01$)). Малое количество баллов по шкале боли, характеризующей ее интенсивность и способность заниматься повседневной деятельностью, наблюдалось у большинства пациентов, но наиболее низкие (49,55 ± 2,34 балла) зарегистрированы у пациентов с ЭАГ и ожирением (в контроле 65,47 ± 6,16, балла ($p < 0,05$)). Анализ полученных результатов показал, что пол не оказывает влияние на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией. Среди пациентов отмечалась значительная вариабельность показателей. Так, значения суммарного показателя качества жизни у пациентов с ЭАГ, имеющих нормальную массу тела, варьировали от 274 до 681 баллов, в группе с избыточной массой тела от 243 до 691 баллов, с ожирением от 107 до 672 баллов. Следует отметить, что с нарастанием индекса массы тела минимальные значения суммарного показателя снижаются, тогда как максимальные между группами не отличаются. У пациентов с артериальной гипертензией и ожирением качество жизни зависело от уровня систолического артериального давления ($r = -0,63$, $p < 0,01$). С увеличением степени АГ регистрируются более низкие показатели качества жизни. Между суммарным показателем качества жизни и индексом массы миокарда левого желудочка у пациентов с АГ, имеющих нормальную массу тела и ожирение, наблюдалась обратная корреляционная связь ($r = -0,59$ и $r = -0,46$, соответственно ($p < 0,05$)).

Таким образом, проведенное исследование показало, что качество жизни у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением имеет более низкий уровень в сравнении с пациентами контрольной группы. На качество жизни оказывают влияние уровень систолического артериального давления и выраженность гипертрофии левого желудочка сердца. Половые различия не оказывают влияния на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией.

АТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ СПИННОГО МОЗГА

Арифжанов И.А., Каримов А.А., Кадыров Д.Б., Алиева М.А., Абдуллаев Б.Э.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Эндокринологии им Я.Х. Туракулова*

Цель. описать клинический случай у пациента с наличием интрамедуллярного объемного образования в шейном отделе и интрадурально-экстрамедуллярного образования в грудном отделе позвоночника с разной патогистологической природой.

Материалы и методы. Пациентка О. 50 лет, поступила с неврологической картиной частичного поперечного поражения спинного мозга с преимущественным правосторонним поражением в виде двигательных нарушений и умеренных расстройств функции тазовых органов. При изучении истории заболевания манифестация болезни отмечалась около 3 месяцев назад до поступления после бытовой травмы – падения со стула. Лечилась амбулаторно у неврологов, без результативно. При МРТ шейного и грудного отделов позвоночника с контрастным усилением выявлена интрамедуллярная опухоль на уровне С4-С5 позвонков и интрадурально-экстрамедуллярная опухоль на уровне Th10-Th11 позвонков. Первым этапом было решено удаление интрамедуллярной опухоли в шейном отделе и 12.10.2017г. выполнено оперативное вмешательство: Ламинэктомия С4-С5 с тотальным удалением интрамедуллярной опухоли. Однако после операции неврологической дефицит достаточно не регрессировал, в связи с чем второй этап операции был проведен через 8 месяцев. 09.06.2018г. выполнена вторая операция: Правосторонняя гемиламинэктомия Th10 с удалением интрадурально-экстрамедуллярной опухоли. В данном этапе также опухоль удалена тотально. Обе операции проводились с использованием микрохирургической техники и интраоперационного контроля вызванных моторных и соматосенсорных потенциалов. Пациентка после обеих вмешательств была вертикализована через 72 часа после операции и выписана из стационара на 7-е сутки.

Результаты и обсуждение. Гистологические исследования показали: после первой операции на шейном отделе – эпендимомы WHO Grade II, после второй операции на грудном отделе – псаммоматозная менингиома WHO Grade I. На контрольных МРТ через 6 месяцев и 12 месяцев признаков опухолей в шейном и грудном отделах не выявило. В послеоперационных периодах неврологическая оценка выявила функциональное улучшение от исходного предоперационного клинического статуса. Пациентка прошла курс реабилитации до 3х месяцев после каждой операции. На сегодняшний день у пациентки не наблюдаются значимых признаков неврологического дефицита и восстановление качества жизни.

Вывод. Несмотря на относительно редкую встречаемость опухолей спинного мозга, в данном клиническом случае столкнулись у одной пациентки разной природы и локализации. Благоприятный результат при опухолях спинного мозга может быть достигнут с использованием только микрохирургического удаления и под интраоперационным нейромониторингом.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Асатуллаев Г.К., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: ревматические заболевания (РЗ) - обширная группа заболеваний, характеризующиеся поражениями соединительной ткани и/или сосудов в основе которых лежат иммунные нарушения (инфекция, аутоиммунные процессы). **Высокая коморбидность** среди ревматологических больных - существенная проблема, которая отягощает течение ревматических заболеваний. Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), таких как язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки (ДПК), хронические гастриты, панкреатиты и другие, при ревматических заболеваниях существенно выше чем в общей популяции[1]. Наличие таких патологий значительно ухудшает качество проводимой противоревматической терапии. Распространенность заболеваний ЖКТ при РЗ можно оценить по данным исследования КОРОНА-2 среди опрошенных 21 185 больных с неспецифической болью в спине и остеоартрозом у 1,7% имелось в анамнезе желудочно-кишечное кровотечение, 6,7%-язва желудка, 6,7%-язва ДПК, у 23,3% симптомы гастроэзофагеального рефлюкса[2]. А по данным исследования COMORA среди 3920 обследованных больных с ревматоидным артритом у 11% имелся язвенный анамнез, 2% были инфицированы вирусом гепатита В и 3 %-вируса гепатита С. [3]. Также следует отметить, что большинство базисных препаратов, принимаемых при ревматологических заболеваниях (НПВС и глюкокортикоиды), вызывают патологию ЖКТ, в частности хронические гастриты и язвенные болезни[4]. Известно, что гастроэнтерологические болезни в анамнезе- хронические гастриты, диспепсия, инфекция H.pylori значительно повышает риск НПВС индуцированных язв. [4-5].

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта среди больных с ревматологическими заболеваниями, принимающими нестероидные противовоспалительные препараты, оценить распространенность факторов риска.

Материалы и методы: было проведено поперечное исследование оценки коморбидности, модифицированных и немодифицированных факторов риска у 77 пациентов, давших письменное согласие на участие в исследовании, в отделения СКАЛ ревматологии многопрофильной клиники ТМА. Статистическая обработка результатов была проведена на программе GraphPad, Prism 8. Для сравнения 2 независимых категориальных выборок была использована таблица 2x2, был подсчитан Chi-square и корреляция Yates для определения статистической достоверности p value.

Результаты: из 77 опрошенных пациентов (мужчин было 24(31,2%), женщин 53(68,8) с ревматическими заболеваниями 29(37,6%) страдали заболеваниями ЖКТ. Из заболеваний ЖКТ у 9 (33,3%) пациентов хронические гастриты, у 8(29,6%) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Остальные патологии приходится на холециститы, энтериты и колиты. Факторы риска больных с наличием и отсутствием заболеваний ЖКТ представлены в Таблице. Результаты нашего исследования показали, что при адекватном прием фруктов и овощей, распространенность ЖКТ была статистически значимо меньше. Больные, страдающие хронической сердечной недостаточностью и те, кто имел чувство подавленности, депрессии статистически значимо страдали заболеваниями ЖКТ чаще.

Таблица. Распространенность модифицированных и немодифицированных факторов риска у больных с ревматологическими заболеваниями в зависимости от наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта

Фактор	Заболевания ЖКТ		X ²	P value
	есть, N=29	нет, N=48		
Мужчины	5(17,2%)	9(18,75%)	0,028	0,8679
НПВС	29(100%)	48(100%)	-	1,0
Курение	2(7,4%)	1 (2,13%)	0,202	0,6628
Урбанизация	18(62%)	29(60,4%)	0,021	0,885
Стресс	16(55,2%)	26(54,2%)	0,07	1,017
ИМТ>25	14(50%)	26(55,3)	0,043	0,8357
Тяжелый физический труд	6(20,7%)	14(29,17%)	0,307	0,5797
Низкий социальный статус	21(72,4%)	35(73%)	0,002	0,9617
Низкий экономический статус	4(13,8%)	9(18,75%)	0,062	0,8036
Адекватный прием фруктов и овощей	10(34,48%)	34(70,83%)	8,326	0,0039
Хроническая сердечная недостаточность	15(51,72%)	9(18,75%)	7,475	0,0063
Чувство подавленности, депрессия	21(72,4%)	18(37,5%)	7,689	0,0056

Выводы: Больше трети пациентов с ревматологическими заболеваниями страдают заболеваниями ЖКТ. Потенциально, коррекция факторов риска может способствовать снижению распространенности заболеваний ЖКТ и их осложнений при своевременной коррекции.

ТЕЧЕНИЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Аскарлов Н.А., Буранова С.Н., Халметова Ф.И.

Ташкентская медицинская академия

Среди ревматических заболеваний реактивные артриты (РеА) занимают одно из ведущих мест по распространенности. Реактивный артрит – воспалительное негнойное заболевание суставов, развивающееся вследствие иммунных нарушений, после острой кишечной или урогенитальной, либо носоглоточной инфекции. Заболевание развивается преимущественно у генетически предрасположенных лиц (носителей HLA_B27) и относится к группе серонегативных спондилоартритов [1]. РеА является одним из наиболее часто встречающихся среди хронических воспалительных заболеваний суставов [2]. За последние 20 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости реактивным артритом более чем в 2 раза. Пациенты, страдающие реактивным артритом составляют около 15% больных ревматологических стационаров, при всем этом, хроническая форма заболевания грозит развитием тяжелой функциональной недостаточности суставов и возникновением тяжелых осложнений, что приводит к инвалидизации около 51% пациентов из них [3].

Цель исследования: оценка характера суставного синдрома у больных с реактивным артритом урогенитальной и постэнтероколитической этиологии.

Материалы и методы: истории болезни больных 3-клинической городской больницы, госпитализированные диагнозом реактивного артрита в период 2014-2019 гг. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных 500 больных. Все обследованные больные были разделены на две группы. Первую группу (I) составили 311 (62,2%) больных мужского пола и вторую группу (II) – 189 (37,8%) больных женского пола. Средний возраст составил $36,76 \pm 2,37$ года.

Результаты и обсуждение

В результате экспертного анализа историй болезни было выявлено наиболее длительное существование РеА 3-х и более лет у 279 больных (56%), 1-2 года у 153 больных (31%) и до года у 68 больных (13%), что характеризовало необходимость в стационарном лечении больных с более длительным существованием РеА в анамнезе. Необходимо подчеркнуть, что у 1/3 больных отмечалась семейная отягощенность по ревматическим заболеваниям суставов.

Всем больным была проведена для оценки боли визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Согласно визуально-аналоговой шкале артралгии чаще всего носили умеренный характер ($p < 0,05$), возникали в течение дня, а также во время активных и пассивных движениях в пораженных суставах. Следует отметить, что интенсивность суставного болевого синдрома была достоверно выше у больных II группы ($p < 0,01$). Припухлость суставов наблюдалась в первой и во второй группе у больных с артралгией 252 (81,1%) и 103 (54,5%) соответственно. Количество лиц со деформацией суставов было больше в 3 раза чем с деформацией суставов.

Ведущим клиническим проявлением данной патологии был суставной синдром с преимущественно олиго- (58,5%) и моноартикулярным (36,2%) поражением суставов в обеих группах. Полиартикулярное поражение диартрозов наблюдалось у 6 (18,8 %) больных I группы и у 8 (14,2 %) больных II группы.

С ограничением движений больных составило в первой группе 178 (57,2%) и во второй группе 67 (35,4%), утренняя скованность наблюдалась чаще в первой группе – 184 больных (59,1%) со спондилоартритом. Среди больных I и II группы поражение крупных суставов, наблюдалась наиболее часто в I группе больные с урогенитальной формой реактивного артрита. Определено, что независимо от половой принадлежности во всех возрастных периодах преобладающей была частота поражения суставов нижних конечностей. Поражение преимущественно суставов нижних конечностей более часто наблюдалось у больных с длительностью заболевания 3 и более лет. Спондилоартриты и поражение крестцово-подвздошных сочленений было выявлено у 208 больных (66,8%) I группе, и у 98 больных (51,8%) во II группе.

Оценивая данные рентгенологического обследования, у 93,2% пациентов обеих групп патологические изменения не определялись, что может свидетельствовать о доброкачественном течении заболевания. И только у незначительного количества больных I группы 54 (17,4%) определялся региональный остеопороз и то лишь при рецидивирующем течении патологического процесса.

Урогенитальную форму реактивного артрита выявили у 228 (73,4%) больных в I группе и у 132 (69,3%) больных II группы, у которых развитие или обострение артрита происходило после возникновения дизурических симптомов. Постэнтероколитическая форма наблюдалась чаще в II группе у 52 (27,5%) больных, у которых развитие или обострение клинической картины энтероколита диагностированного на основании критериев синдрома раздраженного кишечника. Наряду с поражением суставов, у больных РеА отмечалось вовлечение в воспалительный процесс мест прикрепления сухожилий, связок и суставных капсул к кости энтезитов, наиболее частыми из которых были ахиллобурсит и подпяточный бурсит.

Таким образом, реактивный артрит наиболее часто наблюдался у больных мужского пола. У больных с длительностью заболевания 3 и более лет суставной синдром предстален поражением суставов нижних конечностей сопровождающийся выраженной интенсивностью болевого синдрома ($p < 0,01$) и умеренной лабораторной активностью. При диагностике реактивного артрита необходимо обращать внимание на длительность заболевания и поражение суставов, так как эти данные влияют на дальнейшую тактику и развитие ранних осложнений реактивных артритов.

THE RELATIONSHIP OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA AND LIPID PEROXIDATION IN THE PROGRESSION OF DIABETIC NEUROPATHY

Atayeva D.R., Anvarov K.D., Azizova P.X.

Tashkent medical academy

Background. Currently, new risk factors for the development and progression of diabetes complications are attracting more and more attention, one of these important factors is homocysteine.

There is evidence that hyperhomocysteinemia (HHC) is more often registered among patients with diabetes with vascular complications. Of no less interest is the possible involvement of HHC in the pathogenesis of diabetic neuropathy. Therefore, the study of the relationship between hyperhomocysteinemia and the process of lipid peroxidation (LP) in the development of

diabetic neuropathy in patients with type 1 diabetes mellitus and the pharmacological correction of impaired indicators is an important task of modern diabetology. The aim of the study was to study the relationship between HHC and the process of LP in the development of diabetic neuropathy in patients with type 1 diabetes mellitus.

Methods. A total of 64 patients with type 1 diabetes mellitus complicated by distal diabetic polyneuropathy (DPN) stage 1 and 2, aged from 18 to 30 years and the disease duration from 2 to 15 years were examined. Of the patients examined, 11 (57%) had a level of homocysteinemia less than 15 mmol/L, and 46 (43%) - moderate (15-30 mmol/L), 7 (5%) - Average (30-100 mmol/L). Patients were included in the study only under the condition of stable achievement of satisfactory compensation for carbohydrate metabolism. The diagnosis of DPN is based on the severity of pain syndrome (TSS scale), neurological examination, electromyographic testing. Biochemical research methods included determination of the level of homocysteine (HC) in blood, indicators of LP (acylhydroperoxides (AHP) and malonic dialdehyde (MDA)). The activity of enzymes of the antioxidant defense system (AODS) - catalase (CT), superoxide dismutase (SOD) was also studied. The HC level was determined by enzyme immunoassay using ELISA kits (Axis kits). AHP was determined by the method of V.B.Gavrilov and M.I.Mishkorudna (1983), MDA - by the method of L.I.Andreeva and collaborators (1988). The determination of CT activity was carried out according to the method of M.A.Korolyuk and collaborators (1988), SOD in erythrocytes - according to the method of V.G. Mihtaryan, G.E. Badalyan (1978).

Statistical analysis of the results was carried out using the SPSS statistical software for Windows. The criterion of statistical significance was the level of $p < 0.05$.

Results. The results of the study showed that one of the leading pathogenetic mechanisms by which HHC has a damaging effect on nerve cells is oxidative stress, under conditions of which the intensity of the LP increases and the activity of the AODS cell enzymes decreases. A study of the association of HHC with LPO changes showed that, in the study groups, blood profile levels in people with average HHC were, respectively, 1.7 and 1.35 times higher than in those with normohomocysteinemia.

When studying levels of enzymes AODS in the blood, significant differences between groups were revealed only by CT. So, with an average HHC, the content of this antioxidant in the blood is 1.7 and 2 times lower compared with cases of normohomocysteinemia.

A similar trend was observed when comparing the levels of SOD and CT in blood at an average HHC, however, this trend is not statistically significant, which may be due to the small number of persons in this group ($n = 7$).

For the statistical evaluation of the association of HHC with oxidative-antioxidant changes, a correlation analysis was used, which, under the conditions of parametric and non-parametric distribution of symptoms, revealed a direct relationship between homocysteinemia level and MDA and AHP content in the blood ($p < 0.01$) and a feedback relationship between blood HC and catalase in serum ($p < 0.01$).

Conclusion. In addition, the significant Spearman correlation coefficients are determined between the level of HC and the initial level of lipid peroxidation products in the serum. The results of the study indicate the importance and necessity of detecting HHC in patients with diabetes mellitus and the elimination of this metabolic disorder of amino acids.

ФАРҶОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ МАКРОНУТРИЕНТЛАР ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Ахмадходжаева М. М.

Тошкент тиббиёт академияси

Бугунги кунда мамлакатимизда ёш авлоднинг саломатлик ҳолатни мустахкамлаш, соғлом ва баркамол ўсиши, жисмоний ва ақлий ривожланишининг гормониклигини ва юқори ишлаш қобилиятини таъминлаш ва турли соматик ва алиментар боғлиқ касалликларни олдини олиш борасида 2010 йил 7 июндаги 251-сон «Аҳоли орасида макронутриент етишмаслиги профилактикаси тўғрисида»ги Қонун қабул қилинган. Ушбу қонунда белгиланган вазибаларни бажаришда турли соматик касалликларни профилактикаси ва макронутриентларнинг етишмаслиги олдини олишга қаратилган профилактик чора-тадбирлар ва аҳолининг турли қатламлари орасида овқатланиш билан боғлиқ касалланиш даражасини камайтириш ва узоқ-умр кўриш даражасини ошириш имконини беради.

Тадқиқот мақсади. Фарғона вилоятида истиқомат қилаётган мактабгача таълим ёшидаги болаларнинг кунлик рационда макронутриентлар миқдорини гигиеник таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот материал ва усуллари. Назорат остига Фарғона вилоятининг Фарғона шаҳридаги 17-сон ҳамда Фарғона туманидаги 63-сонли мактабгача таълим муассасаларида тарбияланаётган 595 нафар (318 нафар ўғил ва 277 нафар қизлар) 3-7 ёшгача бўлган болалар олинди. Тадқиқотлар йилнинг қиш-баҳор ва ёз-куз мавсумларида олиб борилди. Кунлик таомнома СанМваҚ 0348-2017 асосида таҳлили қилинди.

Олинган натижаларнинг таҳлили. Мактабгача таълим муассасаларининг (МТМ) иш вақти 9-10 соатли тартибга режалаштирилган. Олинган натижаларнинг таҳлилдани кўришиб турибдики, Фарғона вилоятидаги МТМ ёшдаги болаларнинг кунлик рациони таркибида асосий озиқа маҳсулотларининг миқдори йил фаслларида белгиланган талабларга мос келмаслиги натижасида кальцийнинг миқдори қиш-баҳор мавсумида 24,9-25,4%га, ёз-куз мавсумида эса 22,4-21,6%гача кам, фосфор 0,3-18,7 дан 10,1-19,4%га, темир 12,7-10,1%; 18,7-16,0%га, фтор эса 92,5-92,7% ва 92,6-92,4%гача кам. Йод эса 41,2-45,8%; 43,8-44,3%ни ташкил қилган. Селен 36,2-41,7% ва 44,6-43,1%ни, рух 63,8-59,4% ва 55,4-56,9%га таъминланган. Ўз ўрнида магний 16,3-18,7% ва 27,2-28,6%га, натрий 80,4-104,4% дан 72,1-120,6%га, калий эса 104,8-104,3 дан 215,3-120,6%гача ортқидир.

Таъкидлашимиз жоизки, мактабгача таълим ёшидаги болалар орасида соғлом овқатланиш борасида қатор вазибаларни бажариш, болаларнинг соғлом овқатланиш одатлари ва алиментар статусини шаклланиши, рационларни сифат ва миқдор жиҳатдан тўлақонлилигини таъминлаш, соғлом овқатланишни ташкил қилишнинг асосий бўғинларини муккамал тартибда назорат қилишни тақоза қилади.

БОЛАЛАРДАГИ РЕВМАТОИД АРТРИТДА НЕФРОПАТИЯНИНГ ИММУНПАТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедов С.А, Рахманова Л.К, Каримжанов И.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Бугунги кунда болалар орасида ревматоид артрит (РА) касаллигининг сезиларли даражада ортиб бораётгани, беморларда эрта ногиронликнинг кузатилаётгани жиддий эътиборини тортмоқда ва ушбу касалликни

тиббий-ижтимоий муаммога айланганини кўрсатмоқда. Болалардаги пешоб тизими касалликлари ва иккиламчи нефропатиялар асорати сифатида сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) ривожланиши оқибатида ногиронликнинг қайд қилиниши 5:100000 нисбатда кузатилмоқда.

Тадқиқод мақсади: болалардаги ревматоид артритда нефропатиянинг иммунпатологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқод материалли ва услублари. РАнинг бўғим тури билан касалланган 30 нафар 3-14 ёшдаги болалар кузатувимизда бўлди. Назорат гуруҳи шу ёшдаги 25 нафар амалий соғлом болалар ташкил қилди. Хужайравий ва гуморал иммунитет холати ва айланувчи иммун комплекс (АИК) ўрганилди. Натижалар Стъюдент мезони бўйича баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама. Беморларнинг 65,0% қиз бола, 35,0% ўғил бола жинсига мансублиги аниқланди. Беморлар ёши бўйича 3-6 ёш-35,0%, 7-10 ёш 40,0%, 11-14 ёш-25,0%ни ташкил қилди. Бўғимларнинг рентген текширувида: I-босқич -11,3%, II-босқич - 49,8%, III-босқич-13,0% ва IV-босқич-6,0%ни ташкил қилди, 19,9% беморларда рентген ўзгаришлар аниқланмади. Буйрак функцияси текшируви натижалари: кундалик диурез, пешоб солиштирма оғирлигининг даврий равишда камайиши ($P<0,001-0,05$), кундалик эритроцитурия ва лейкоцитурия ортиши ($P<0,001$), коптокчалар фильтрацияси даврий равишда камайиши ($P<0,05$) аниқланди. Мочевина, креатинин ва каналчалар реабсорбцияси кўрсаткичларида статистик ишончли ўзгариш аниқланмади. Иммунологик текширув натижалари: РАнинг ўткир даврида (давлошдан олдин) Т- лимфоцитлар (СДЗ), Т - супрессорлар (СД8), Т - хелперов (СД4), НФФ камайиши ($P<0,001-0,01$), АБЛ-буйрак, В-лимфоцитлар (СД19), қон зардобиди IgA, IgG ва АИК концентрацияси ортиши аниқланди ($P<0,001-0,01$).

Хулоса. Болалардаги РА бўғим турида нефропатия латент ривожланиб боради. Қонда IgA, IgG миқдори, АИК концентрацияси, АБЛ-буйрак юқори кўрсаткичи, коптокчалар фильтрацияси даврий равишда камайиши, кундалик эритроцитурия ва лейкоцитурия ортиши фаол иммунпатологик жараёнларни тасдиқлайди ва нефропатиянинг эрта иммунташхис мезони бўлиб хизмат қилади.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗВИВШЕЙСЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (СПМ), ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Ахмедова М.Д.¹, Гулямов Н.Г.², Ахмедова Х.Ю.², Имамова И.А.¹, Саидова С.Г.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают 4-е место в структуре детской смертности и 2-е место – в структуре инфекционных заболеваний у детей. К сожалению, смерть от ОКИ входит в десятку основных причин смертности в мире, в первую очередь, в развивающихся странах и на сегодняшний день, ежедневно от диарейных заболеваний в мире умирает более 5000 детей. На современном этапе ОКИ характеризуются увеличением частоты тяжелых форм течения болезни и развитием таких осложнений, как вторичный менингоэнцефалит, гемолитико-уремический синдром с острой почечной недостаточностью (ОПН).

Цель исследования. Учитывая актуальность острых инфекционных диарей (ОИД) и возможность развития острого поражения почек, целью нашего исследования стало изучение взаимосвязи развившейся дисфункции почек с выраженностью эндогенной интоксикации (СПМ), поражения эндотелия сосудов и состояния системы гемостаза.

Материал и методы исследования. В период за 2017-2019 год было обследовано 40 (100%) больных детей, поступавших в НИИЭМИЗ МЗ РУз с тяжелой формой острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом (ОИДСГ). Все больные дети от момента начала заболевания обследовались комплексно клинико-лабораторными, бактериологическими, серологическими, иммунологическими методами.

Результаты и обсуждение. Основным симптомом начального периода у всех больных детей со слов родителей была рвота и потеря аппетита. Она появлялась, как правило, в первый день болезни, одновременно с появлением жидкого стула, или предшествовала ему. В сопорозном состоянии были 3 (7,5%), в коматозном состоянии – 1 (2,5%) больных детей с ОИДСГ и клиникой ОПН. У 2 больных детей с ГУС+ОПН отмечалось сопорозное и у одного коматозное состояние.

Отмечено, что у больных детей с тяжелой формой ОИДСГ, у которых зафиксировано развитие поражения со стороны почек в 26,7% этиологическим фактором диареи являлись шигеллы (*Shigella spp.*), в 6,7% случаев *Salmonella spp.*, в 6,7% - микст инфекция *Salmonella spp.+Pr. Morganii*, в 6,7% случаев *Shigella spp.+Pr. Mirabilis* и в 46,7% случаев этиология возбудителя диареи не выявилась.

У больных детей с тяжелой формой с ОИДСГ нами изучены особенности изменений коагулограммы. Так, уровень протромбинового индекса (ПТИ) у больных детей в общей группе составило $79,0\pm 1,0\%$. У троих детей с ГУС+ОПН отмечалось развитие геморрагического синдрома со снижением ПТИ у одного больного до 64%, у второго до 69%, у третьего до 68% (в общей группе детей с острым почечным повреждением ($n=15$) ПТИ составило $(74\%\pm 1,6)$. При этом уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у детей без ОПН составило $4,2\pm 0,4\%$, с ОПН составило $7,8\pm 0,6\%$.

Мы рассмотрели динамику показателей фибриногена, уровень которого, как известно, увеличивается в острой фазе воспаления. Уровень фибриногена у больных детей в общей группе составил $2,9\pm 1,9$ г/л, при этом у троих детей с ГУС, получившие гемодиализ, уровень фибриногена составил у одного больного $2,4$ г/л и у двоих $2,5$ г/л (в группе детей с острым почечным повреждением ($n=15$) уровень фибриногена составил $2,6\pm 1,8$ г/л). У взрослых больных значимых изменений в показателях фибриногена не отмечались. У детей с острым почечным повреждением по мере усугубления нарушений со стороны почек установлено снижение свёртывания крови. При этом геморрагический синдром у детей, получающих сеанс гемодиализа, не усугублялся, ввиду неоднократного получения детьми СЗП.

У больных детей с ОИДСГ без признаков ОПН уровень СМП в крови составил $7,8\pm 0,3$ г/л, а в группе с установленными признаками ОПН уровень СМП повысился до $9,7\pm 0,6$ г/л, что указывает на развитие достаточно выраженной степени эндогенной интоксикации организма у данной категории больных. При этом у детей с признаками ОПН с нарастанием степени эндогенной интоксикации отмечалось и нарастание уровня АСЛ к ТА эндотелия сосудов ($7,8\pm 0,6\%$).

Заключение. Отмечено, что уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у детей без ОПП составило $4,2 \pm 0,4\%$, с ОПП составило $7,8 \pm 0,6\%$. У больных детей с ОИДСГ без признаков ОПП уровень СМП в крови составил $7,8 \pm 0,3$ г/л, а в группе с установленными признаками ОПП уровень СМП повысился до $9,7 \pm 0,6$ г/л. Установлено, что у детей с признаками ОПП с нарастанием степени эндогенной интоксикации отмечалось и нарастание уровня АСЛ к ТА эндотелия сосудов ($7,8 \pm 0,6\%$).

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Ахметчина С.Р., Назарова Б.У.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Дермато-Венерологии И Косметологии, г. Ташкент

Актуальность. В настоящее время довольно распространенной проблемой по всему миру является лечение такого косметологического дефекта, как гиперпигментация. Гиперпигментация не всегда является следствием какой-либо патологии и может иметь различный генез.

Причинами гиперпигментации могут быть:

- избыток УФ-облучения;
- возрастные изменения;
- генетическая предрасположенность;
- различные патологии почек, печени;
- гормональные нарушения;
- беременность.

Данный вопрос особенно актуален в нашем регионе, в связи с тем, что хотя пигментация может не сопровождаться субъективными симптомами и не угрожает жизни пациентов, однако всё же значительно влияет на качество их жизни, ухудшая психоэмоциональное состояние и приводя к нарушениям социальных связей. Это явление затрагивает женщин и мужчин всех этнических групп и возрастов, но чаще всего этой проблемой обеспокоены молодые женщины. Также важно отметить, что пигментация зачастую плохо поддается медикаментозному лечению.

Цель исследования: изучить эффективность использования лазера Candela при лечении гиперпигментации.

Материал и методы исследования: на базе Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Дермато-Венерологии и Косметологии всего нами было обследовано 45 пациентов (34 женщины и 11 мужчин) с гиперпигментацией различного генеза. Средний возраст обследуемых составил 32 года (от 18 до 46 лет).

Основу исследования составило изучение эффективности использования лазерной установки Candela в борьбе с данным косметологическим дефектом. Процедура лазерного удаления пигментных пятен основывается на принципе селективного фототермолиза, то есть мы применяем лазер с соответствующей длиной волны, энергия поглощается хромофорами в тканях и преобразуется в тепло, которое разрушает пигмент. Окружающие мишень ткани при этом остаются незатронутыми.

Полученные результаты: эффект от проведения процедуры у большинства пациентов был замечен практически сразу - пигментация заметно осветляется, рассасываются застойные элементы, происходит сужение пор, а также у некоторых пациентов отмечался лифтинг-эффект. Чаще всего для достижения лучшего результата лечения, пациентам проводилось по несколько процедур с определенным временным интервалом. Количество процедур подбиралось индивидуально, учитывая характер дефекта, а также физиологические особенности кожи пациентов.

Выводы: Учитывая изменения кожи, наблюдаемые у пациентов в ходе исследования, нами были отмечены следующие достоинства метода:

1. Данный метод лечения обладает высокой селективностью, так как воздействие лазерных лучей оказывается только на меланоциты, формирующие пигментное пятно (соседние участки кожи не затрагиваются);
2. При соблюдении осторожности, метод безопасен, так как не оставляет на коже ожогов, рубцов, шрамов.
3. Помимо основного терапевтического эффекта, у пациентов наблюдается также лифтинг-эффект. Это происходит за счет того, что в коже активизируется процесс обновления клеток и синтез коллагена.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ

Ашрабходжаева Н.М., Исмаилова Г.А.

Ташкентская медицинская академия

Аллергодерматозы, на долю которых приходится от 40-50% общего числа заболеваний кожи, представляют собой группу заболеваний кожи, в патогенезе которых ведущее значение придается аллергическим факторам. Среди них особое место занимают аллергический контактный дерматит и экзема, проблема которых не только не утратила своей значимости, но в последнее десятилетие приобрела еще большую актуальность. По данным литературы [Балаболкин И.И., Тюменцева Е.С., 2009, Садыков А.А., 2011], аллергический дерматит и экзема в разные периоды жизни встречаются у 10-15% населения. Количество больных этими заболеваниями неуклонно растет, их течение, как правило, приобретает упорный, часто рецидивирующий характер. Косметические дефекты и зуд, сопровождающие данные болезни, приводят к потере работоспособности, депрессивному состоянию и значительному снижению качества жизни пациентов. Современные процессы глобализации, изменение экологии и влияние различных ее факторов на жизнедеятельность организма, в частности, рост аллергических и токсических воздействий, пищевые, бытовые и профессиональные факторы оказывают особое влияние на течение аллергодерматозов в связи с повреждающим эффектом на состояние гепатобилиарной системы.

Цель исследования: оценка клинического течения и оптимизация терапии аллергических дерматитов и экземы с учетом функционального состояния печени. Всего к обследованию были привлечены 102 больных, 23,5% из которых страдали аллергическим дерматитом, а 76,5% – различными клиническими формами экземы. Давность заболевания составляла от нескольких дней у больных алергодерматитами, до 5-10 и свыше лет у больных экземой. У 69 (67,6%) были выявлены различные сопутствующие заболевания.

Диагноз аллергического дерматита устанавливали с учетом клинической картины, анамнеза, давности болезни, не превышавшей нескольких недель, а также наличия установленного аллергена. Исследовали показатели липидного обмена: содержания холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), АЛТ, АСТ.

Изучены особенности клинического течения алергодерматозов, в частности, аллергических дерматитов и экземы у лиц, проживающих в сельской местности. Показаны профессиональные факторы и факторы риска, способствующие обострению процесса. Проведена комплексная оценка клинико-биохимических показателей у больных алергодерматозами в динамике при терапии с использованием препарата Стронгер Нео Минофаген.

Показано, что ведущими факторами в возникновении алергодерматозов у 87% больных были вредные внешние воздействия, связанные с профессиональной деятельностью или родом занятий в сельской местности, в частности, контакт с химическими веществами, с шерстью животных, пылью растений (хлопководов - 29, овощеводов - 27, животноводов - 31, табаководов - 15). У подавляющей части больных (86) начало и обострение заболевания связано с ранним весенним периодом, наступлением времени цветения полевых ветроопыляемых цветов и пастбищных растений, а также с летне-осенним периодом сбора хлопка и стрижкой каракулевых овец. Сопутствующая патология была выявлена у 69 (67,6%) пациентов, в сочетании с некоторыми отягощающими факторами, таких как ожирение (11), избыточная масса тела (38) и вредных привычек (курение, алкоголь (26). Установлено, что в целом у 75,4% больных, особенно с себорейной и профессиональной экземой, отмечались гиперхолестеринемия и дислипидемия, выраженность которых коррелировала с тяжестью и длительностью, сопутствующими болезнями, наличием провоцирующих факторов. Уровень общего холестерина был повышен у 72,7% больных, ЛПНП – у 48,3%, триглицеридов – у 13,6%, ЛПВП были относительно низкими у 55% больных.

Результаты терапии показали, что комплексное лечение с включением Стронгер Нео Минофагена приводит к более быстрому регрессу клинических проявлений и коррекции биохимических показателей крови, сокращению сроков стационарного лечения больных. Полученные результаты позволяют оптимизировать лечение больных алергодерматозами на основании коррекции этиопатогенетических факторов.

РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИЖТИМОЙ, ҲИС-ҲАЯЖОНЛИ ВА ХУЛҚ-АТВОРИЙ КОМПЛАЕНТЛИЛИК ДАРАЖАЛАРИ.

Бекенова Г.Т., Мавлянов С.И.

Тошкент тиббиёт академияси,
Тошкент Давлат стоматология институту

Тадқиқот мақсади. Ревматоид артрит касаллиги мавжуд беморларда комплаентлилик даражаси ва уларнинг компонентларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Ревматоид артрит касаллиги мавжуд турли ёшдаги ва жинсдаги 100 та беморлар анкета сўровнома орқали таҳлил қилинди. Комплаентлилик даражасини аниқлаш учун 66 та саволдан иборат махсус саволномадан фойдаланилди. Саволнома комплаентлилик даражаларини компонентлари: ижтимоий, эмоционал, хулқ-атворий ва умумий ҳамда яққоллик даражаси бўйича баҳоланди. Олинган маълумотлар вариацион статистика бўйича таҳлил қилинди.

Олинган натижалар. Олинган натижаларга кўра, комплаентлилик даражасининг турли компонентларида, жумладан ижтимоий компонентнинг юқори яққоллик даражаси ўртача 35,20 ташкил этса, ўртача яққоллик даражаси эса мос равишда 26,57 ни ташкил этган. Қуйи яққоллик даражаси 13,00 ни ташкил этган.

Эмоционал компонентнинг юқори яққоллик даражаси ўртача 32,84 ташкил этган бўлса, ўртача яққоллик даражаси эса мос равишда 24,5 ни ташкил этган. Қуйи яққоллик даражаси 15,0 ни ташкил этган.

Хулқ-атворий компонентнинг юқори яққоллик даражаси 31,84 ни ташкил этган бўлса, ўртача яққоллик даражаси эса мос равишда 26,68 ни ташкил этган. Қуйи яққоллик даражаси беморларда 14,0 ни ташкил этган.

Умумий комплаентлиликнинг юқори яққоллик даражаси беморларда ўртача 98,80 ни ташкил этган бўлса, ўртача яққоллик даражаси эса мос равишда 65,66 ни ташкил этган. Қуйи яққоллик даражаси текширилаётган беморларда аниқланмади.

Хулоса. Ревматоид артрит касаллигида комплаентлилик даражаси компонентлари ижтимоий, эмоционал ва хулқ-атворий бўйича муайян фарқлар аниқланди. Юқори яққоллик даражасини кўрсаткичи ижтимоий компонентда нисбатан баланд бўлса, хулқ-атворий компонентда пастлиги аниқланди. Қуйи яққоллик даражаси кўрсаткичи эмоционал компонентда юқори бўлса, ижтимоий компонентда нисбатан пастлиги аниқланди.

ЎТКИР ПРОМИЕЛОЦИТАР ЛЕЙКОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОГРАФИК АСОРАТЛАРНИ КЕЧИШИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Бердиева Х.Х., Толипов Ў.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир промиелоцитар лейкоз (ЎПЛ) – ўткир миелоид лейкоз (ЎМЛ) нинг варианты бўлиб, аномал промиелоцитлар устунлиги билан кечади. Промиелоцит - гранулоцит хужайраларнинг ўтмишдоши булиб, етилишининг бир босқичида вужудга келади. ЎМЛ нинг ЎПЛ варианты билан касалланиш 5-10% (1йилда 100 минг аҳолидан болалар ва катталарда ~0,1-0,2 ҳолат) ни ташкил этади [В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, 2010].

ЎПЛда кўпгина беморлар ўткир қон йўқотиш, ДВС синдроми, бош миёга қон қуйилишдан вафот этадилар.

Тадқиқот мақсади: ЎПЛли беморларда ўткир ДВС синдроми кечиши ва уни даволашда трансретин кислотаси (АТРА)нинг асоратларини ўрганиш.

Тадқиқот вазифалари: ЎПЛ билан касалланган беморларни клиник ва лаборатор диагностикаси, ЎПЛ билан касалланган беморларда ўткир ДВС синдроми кечиши ва уни профилактикаси чора-тадбирларини ўрганиш.

Материал ва усуллари: Текшириш 2017- 2019 йилларда Г ва ҚҚИТИ да ўткир промиелоцитар лейкоз билан даволанган 47 нафар беморда олиб борилди (ўртача ёши $34,2 \pm 5,43$ йил). Шундан эркаклар 28 нафар 59.57%, аёллар 19 нафар 40.43% ни ташкил этди. Бундан 18-28 ёшдагилар 46.8 %, 29-38 ёшда 21.3%, 39-50 ёшда 14.9%, 51-65 ёшда 17% ни ташкил этди. Беморларда гемограмма, миелограмма, қон биохимик таҳлиллари текширилди.

Натижалар: ЎПЛ ДВС синдроми билан кечганда беморларда геморрагик синдромнинг бирламчи клиник кўриниши қуйидагича бўлди: теридаги қон қуйилишлар 27%, бурун ва милк қонаши 19%, шиллиқ қаватларга қон қуйилишлар 17%, меноррагиялар 13%, ошқозон-ичаклардан қон кетиш 8%, гематурия 4%, бош миёга қон қуйилиши 2%. ЎПЛ билан касалланган беморларда геморрагик синдромни даволашда АТРА препарати билан комплекс терапия ўтказиш яхши натижа беради. ЎПЛ беморларни АТРА билан даволашдан олдин ва кейинги гемостаз курсаткичлари қуйидагича бўлди: даволашдан олдин АЧТВ (норма 35-45 сек) 25.5 сек., даволашдан кейин 50сек., даволашдан олдин ТВ (норма 16-20 сек) 23.6 сек., даволашдан кейин 9.7сек., даволашдан олдин фибриноген (норма 2-4 г/л) 1.3 г/л., даволашдан кейин 5.7 г/л., даволашдан олдин тромбоцитлар сони (норма $180-320 \times 10^9$) 55×10^9 , даволашдан кейин 136×10^9 ни ташкил этди. Шунга қарамай, даволашнинг индукция босқичида 47 та беморнинг 26 тасида АТРА синдроми кузатилди. Шундан энг кўп 88.5% бош оғриги, 73% суякларда оғриқ, 50% ўпка дистресси, 38.5% кўнгил айнаши, қусиш, 34.6% иситмалаш, 31% тери ва шиллиқ қаватлар қуриши, 23% артериал қон босими ошиши, 15.4% терида тошмалар, 11.5% тромбоз келиб чиқди. АТРА синдроми бартараф этишда дексаметазон препарати қўлланилди.

Хулоса: ЎПЛ билан касалланган беморларда аномал промиелоцитлар таъсирида чақирилган ДВС синдроми тезда бартараф этишда АТРА препарати асосий восита хисобланади. АТРА синдроми 47 беморнинг 26 тасида кузатилди. АТРА синдромида беморларни энг кўп безовта қилган симптомлар: бош оғриғи- 23(88,5%), суяклардаги оғриқ- 20(73%), ўпка дистресси 13 (50%) аниқланди. АТРА синдроми даволашда дексаметазон 20 мг/кв.м қўллаш яхши натижа берди.

Тавсия: ЎПЛ билан касалланган беморларни эрта аниқлашда клиник-лаборатор текширувлар (анамнез, гемограмма, коагулограмма, миелограмма) билан биргаликда Ўзбекистон миқёсида замонавий диагностика усуллари (иммунофенотипик, цитогенетик текширув)ларни ўтказишни йўлга қўйиш лозим ҳамда ЎПЛга шубха бўлганда, суяк кўмиги морфологик текширилгандан сўнг геморрагик синдром ва коагулопатияни олдини олиш учун АТРА терапия ва ўрин босувчи терапия мақсадида тромбоконтрат, ЯМПни қўллашни тезда бошлаш керак.

АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТРАДАЮЩИХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Болтаева Н.Р., Высогорцева О.Н.,
Ташкентская медицинская академия

В данной статье представлены современные представления о методах восстановительного лечения больных анкилозирующим спондилоартритом и особенностях использования при этом физической реабилитации. Также описан новый авторский способ физиотерапии пациентов с болезнью Бехтерева.

Ключевые слова: физическая реабилитация, анкилозирующий спондилоартрит.

Целью работы: была оптимизация и разработка новых технологий физической реабилитации больных анкилозирующим спондилоартритом.

Результаты исследования и обсуждение: задачи физической реабилитации больных АС: устранить рефлекторный мышечный спазм, улучшить кровообращение и трофику тканей, ускорить процессы рассасывания, оказать обезболивающее, противовоспалительное, гипосенсебилизирующее действие, уменьшить тугоподвижность суставов и общую скованность, поддерживать эластичность тканей, тормозить развитие дегенеративных процессов, оссификации, анкилозов в суставах. С этой целью предлагается использовать следующие лечебные средства.

1. **Теплолечебные процедуры** (сеняя лампа, соллюкс, компрессы с использованием фольги, сауна, баня), УФ-облучения всего позвоночника, родоновые, соляно-хвойные бишофитные, хлоридно-натриевые, шалфейные, скипидарные ванны, индуктотермия, диадинамотерапия (СМТ-терапия), микроволновая и ультразвуковая терапия, грязевые парафино-озокеритовые аппликации на область поражённых сегментов и суставов в стадии ремиссии. Индуктотермия или ДМВ-терапия области надпочечников.

Климатотерапия: воздушные и солнечные ванны по умеренной схеме в тёплое время года.

2. **Физические упражнения** (для расслабления мышц, повышения эластичности тканей): 1) Постизометрическая релаксация. Исходное положение (ИП) – лежа на спине, руки вдоль туловища, согнуты в локтевых суставах, ноги прямые. Упор локтями в постель, кисти сжаты, напряжение мышц рук, шеи, спины, живот втянут, стопы разогнуты. Мышечное напряжение удерживается до появления усталости. Затем полностью расслабиться; 2) «Всадник». ИП – стоя, ноги шире плеч, полусогнуты в коленных суставах. Пружинящие полуприседы, мышцы туловища, шеи и рук максимально расслаблены. Аутомобилизация – растяжки: 3) Полная осевая растяжка. ИП – лежа на спине, большие пальцы в ямках за ушными раковинами, ладони под углом нижней челюсти, ноги выпрямлены. Максимально поднять надплечья, зафиксировать, давление на челюсть максимально растягивая шею до упора. Одновременно максимально сгибаются стопы (пятки «от себя», носки «на себя»), растягивая ноги до упора. Глубокий вдох-выдох с произношением «ПЭЖ», на следующем выдохе «ДРЫГ». Повторить 5-10 раз. Неполная осевая растяжка: 4) «Обезьянка». Висы (полувисы) на перекладине. Слегка согнув руки в локтевых суставах, производить пружинящие движения, мышцы туловища и ног расслаблены. Периодически подтягиваться и резко опускаться. Заканчивать висы отдыхом в положении лежа; 5) «Подвеска». ИП – сесть на край стола, стула, табурета, кресла. Опираясь руками на какой-либо из перечисленных предметов, а носками – в пол, приподнять таз над столом, сиденьем или «соскользнуть» с них, повиснуть на руках,

расслабив мышцы туловища. Полувисы можно сопровождать вибрационными движениями; 6) «Думы». ИП – сидя, ладони под подбородком, локти опираются на стол, расслабить мышцы шеи и туловища. Разнонаправленная растяжка: 7) Растяжка пояснично-крестцового и грудного отдела позвоночника. ИП – стоя, ноги шире плеч. Пружинящие наклоны до упора, полностью не выпрямляясь, с постепенным увеличением амплитуды движений. Повторить 10-15 раз; 8) ИП – стоя, ноги широко расставлены, правая нога полусогнута в коленном суставе, левая прямая. Левая рука на пояс, правая ладонь на теменном бугре. Пружинящие наклоны влево до упора, полностью не выпрямляясь, с постепенным увлечением амплитуды движений. Сменить положение на противоположное. Пружинящие наклоны вправо. Повторять наклоны в каждую сторону 10-15 раз; 9) Растяжка шейного отдела позвоночника. ИП – сидя, стоя, кисти рук сжаты в кулаки, один на подбородке, другой на теменном бугре с противоположной стороны. Одновременно производится давление обеими руками с наклоном головы и верхней половины туловища в сторону. Затем положение рук меняется и производится наклон головы в противоположную сторону. Далее кулак на подбородке, другая рука обхватывает лучезапястный сустав и производится поворот головы в сторону. Затем положение рук меняется на противоположное и производится поворот головы в другую сторону. После чего, руки «в замке» на затылке, производится наклон головы. Затем, руки опорной частью ладони под подбородком, производится запрокидывание головы. Движения головы делаются до упора с фиксацией 3-5 секунд в каждую сторону 3-5 раз.

3. *Гимнастика-самомассаж* (ГСМ): 1) «Утюжок». ИП – стоя, ноги шире плеч, большие и указательные пальцы боковыми поверхностями на ягодичных складках. Наклон туловища сопровождается скользящим движением пальцев с надавливанием вверх по ягодичам вдоль позвоночника до упора – выдох. При разгибании пальцы скользят вниз в ИП – вдох. Повторить в медленном темпе 10-20 раз. Затем наклоны сопровождаются массажем костными выступами суставов пальцев сжатых в кулак, при этом интенсивность давления увеличивается. Сделать 10-20 наклонов; 2) «Насос». ИП – стоя, ноги шире плеч, кулаки боковыми поверхностями больших и указательных пальцев на ягодичных складках. Наклон влево, правая рука с усилием перемещается вверх по ягодиче, вдоль позвоночника до упора. Левая рука с усилием перемещается вниз по задней поверхности бедра до упора. Вернуться в ИП и продолжать наклон вправо, производя массаж по описанной выше методике. Повторить наклоны с самомассажем в каждую сторону 10-20 раз в медленном и среднем темпе;

4. *Физические упражнения для увеличения подвижности позвоночника*: 1) «Эмбриончик». ИП – лежа на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки обхватывают колени.

Производятся встречные движения головы и коленей до упора. Если сгибание обеих ног одновременно затруднено, производится их сгибание поочередно, руки находятся при этом на колене сгибаемой ноги. Сгибание сопровождается выдохом с произношением поочередно «ДРЫГ» и «ПЭЖ»; 2) «Золотая рыбка». ИП – лежа на спине, руки скрещены на уровне локтевых суставов, ноги в области голеностопных суставов. Наклоны туловища и головы в стороны (не допускать вращательных движений) с одновременным движением стоп в противоположных направлениях. Последние начинают делать после освоения движений туловища. Руки постепенно перемещаются к плечевым суставам, увеличивается амплитуда движений, к концу упражнения уменьшается; 3) «Китайский болванчик». ИП – сидя, стоя. Движения головой: повороты влево - вправо, вперед – назад до упора.

Выводы: Представленный комплекс физических упражнений, самомассажа и теплоречевых процедур выполняется один раз в день желательно через 1-1,5 часа после завтрака. В течение дня делаются упражнения на растяжку, гимнастикомассаж и движения в позвоночнике, а так же в суставах с ограниченной подвижностью не менее 4-5 раз. Рекомендуется плавание в море, реке, водоемах при температуре воды не ниже 22° С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРЯДУ С ПРИМЕНЕНИЕМ СХЕМЫ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ СУСТАВИН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Буранова С.Н., Халметова Ф.И., Махкамова М.М.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время Остеоартрит (ОА) лидирует по частоте встречаемости и по уровню инвалидизации среди болезней опорно-двигательного аппарата. Известно, что в развитии дегенеративных дистрофических изменений при остеоартрите играет важную роль первичное повреждение хрящевых структур с последующей их воспалительной реакцией. Это определяется прежде всего, несоответствием между нагрузкой, падающей на суставной хрящ, и его возможностями сопротивляться этой нагрузке, что, в конце концов, приводит к деструкции хрящевой ткани. Аспекты комплексной консервативной терапии остеоартрита коленных суставов по сей день актуальны в клинической практике лечащих врачей. Это аргументируется тем, что пациентам, которым необходимо эндопротезирование коленных суставов, не во всех случаях можно провести такого рода вмешательство из-за коморбидных состояний.

Цель исследования. Изучить эффективность современных методов консервативного лечения наряду с применением схем лечения препаратом растительного происхождения с хондропротективным действием (Суставин) у пациентов с остеоартритом коленных суставов.

Материалы и методы. В исследовании участвовали всего 48 пациентов возрастной категории 71-75,5 лет, с гонартрозом III-IV стадии по Келлгрэну-Лоренсу, которым была показано эндопротезирование коленных суставов, но имевшие сопутствующие патологии (болезни почек и печени, сердечно сосудистой системы, ожирение 3-4 степени). Пациенты находились на стационарном лечении ревматологического отделения 3-ГКБ Ташкента в период с 2018-2019гг. По добровольному согласию эти 48 пациентов в дальнейшем находились под активным динамическим наблюдением в течении 3 месяцев после госпитализации. Было проведено комплексное консервативное лечение: Немедикаментозная терапия в виде ортопедического режима, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, коррекция лишнего веса. Для оценки эффективности лечения применялась визуально аналоговая шкала (ВАШ). Медикаментозная терапия: В группе исследования (всего -48; из них 37 — женщин, 11 — мужчин, средний возраст — 73,0±2,7 года, индекс коморбидности — 2,8, средние показатели боли по ВАШ составили — 51,0±4,7мм) применялся препарат Суставин по следующей схеме: по

2 таблетке 2 раза в день на протяжении 3 мес, в сочетании с внутрисуставными инъекциями Дипроспана при наличии синовита. При выраженном болевом синдроме дополнительно применялись препараты Диклофенака(50-100мг/сут) наряду с препаратом Мидокальм(100-150мг\сут) короткими курсами.

Результаты исследования. Нами было обнаружено, что через 2 недель после начала исследования, более чем на 30% от исходных значений по ВАШ отметили уменьшение боли 53% пациентов, через 1мес — 65,5%, а также через 6 нед-77,4% соответственно. Эффект последствия в отношении болевого синдрома держался на протяжении от 1 до 3мес после окончания курса лечения. По завершению терапии у 61,5% больных уменьшилась окружность КС, что свидетельствовало о положительном влиянии комплексной терапии на воспалительную инфильтрацию мягких периартикулярных тканей коленного сустава. За весь период наблюдения во время лечения состояний, потребовавших коррекции или отмены медикаментозного лечения, не было отмечено. Аллергических реакций не наблюдалось. Все пациенты прошли курс терапии в полном объеме. Полностью смогли отказаться от приема НПВС в период терапии 18 (37,5%) пациентов.

Выводы. Вышеизложенная 12 недельная стандартная консервативная терапия наряду с применением препарата Суставин в комплексном лечении остеоартрита позволило считать нам его безопасным у пациентов с множественной коморбидностью, поскольку он не провоцировал понижение эффективности лекарственных средств, уже применяемых больными к моменту начала лечения, и не вызывало ухудшения течения сопутствующих нозологий. Эффективность лечения мы оценили уменьшением боли в коленном суставе у пациентов (вплоть до отказа приема НПВС) и регрессом синовита. В течении полугода после проведенного курса консервативной терапии многие пациенты отмечали положительный эффект (снижение интенсивности и продолжительности боли; уменьшение отека; улучшение качества жизни). Данные пациенты оценивали уровень боли по шкале ВАШ как слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–75 мм). В заключение можно сказать, что консервативное лечение эффективно, при правильном рациональном подборе лекарственных средств и обязательном сочетании их с немедикаментозными методами терапии, то есть при комплексном лечении, но это не отменяет необходимость оперативного лечения.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Галиулин Т. И., Парпиева Н. Н.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент*

Актуальность. На клиническое течение и эффективность лечения туберкулеза (ТБ) большое влияние оказывает наличие и характер сопутствующих заболеваний, при которых риск развития, неблагоприятного течения ТБ высок. Многие заболевания оказывают существенное отрицательное влияние на устойчивость человека к МБТ и на течение туберкулеза. Они изменяют реактивность макроорганизма, ослабляют противотуберкулезный иммунитет и способствуют развитию туберкулеза. Риск туберкулеза особенно велик у ВИЧ-инфицированных, больных с пневмокониозами, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, алкоголизмом и психическими заболеваниями. В свою очередь развитие туберкулеза вызывает нарушение функции многих внутренних органов, осложняет течение имевшихся ранее болезней и создает предпосылки для возникновения других опасных заболеваний. Фтизиатры должны быть ориентированными в отношении сопутствующих заболеваний при туберкулезе, а врачи лечебно-профилактических учреждений общей сети должны знать об особенностях течения сопутствующих туберкулезу заболеваний. Своевременная диагностика сочетанного поражения — важная задача врача и необходимое условие для эффективного лечения больного.

Цель. Изучить характер сопутствующих заболеваний у больных ТБ легких.

Материал и методы. Изучены истории болезни 2105 больных с ТБ легких, пролеченных в центре фтизиатрии и пульмонологии за последние пять лет. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет.

Результаты. Среди обследованных пациентов у 406(19,2±2,1%) выявлены наличие сопутствующих заболеваний. Среди больных сопутствующей патологией преобладали мужчины (60±1,2%), женщины составили 40±1,2 %. Средний возраст составил 52,8±3,1лет. Необходимо отметить, что у 243(59,8±1,1%) больных, сопутствующие заболевания были установлены после выявления активного ТБ легких. Среди сопутствующих заболеваний преобладали сахарный диабет 2 типа 289(71,2± 2,6%), больные, которые принимали глюкокортикоидную терапию по поводу бронхиальной астмы, ХОБЛ 30 (7,4±4,6%). Анализ показал, что среди клинических форм ТБ легких у пациентов сопутствующими заболеваниями часто встречается инфильтративный туберкулез легких 225(55,4±3,1%). Особую тревогу вызывает, что 105(25,7±4,2%) пациентов страдали фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Несколько реже встречаются такие формы как диссеминированный туберкулез легких(6,2±1,0 %), очаговый туберкулез легких (6,6±1,0 %), кавернозный туберкулез легких (4,4±1,0 %).

Вывод. У 19,2% больных туберкулезом легких имеет место наличие сопутствующих, фоновых заболеваний (сахарного диабета, гормонозависимой неспецифической респираторной патологии) при которых, высок риск развития активного туберкулезного процесса.

IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN THE GASTROINTESTINAL FORM OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN

Ganieva Sh. Sh.

Bukhara state medical Institute

The problem of food allergy (FA) is extremely relevant all over the world.

The purpose of the study: Learning the parameters of immunity in children with gastrointestinal food allergies.

Research materials and methods: 33 sick children under 18 years of age with a gastrointestinal form of FA were followed up and immunological blood tests were performed.

Discussion: Immunological parameters of blood showed a deficit in the relative and absolute number of CD3+ and CD4+ lymphocytes, as well as the absolute number of CD8+ lymphocytes against the background of an unreliable increase in killer (CD16+) activity. In our studies, the established deficit of CD8 + T cells in FA is reliable in relation to their absolute concentrations-238± 12.0 ml against the control - 372 ± 13.0 ml (P<0.05). It was found that the level of B-lymphocytes was significantly higher-28.8± 1.2 mg% of the control values-25.4 ±0.8 mg% (P < 0.05). Also, there was a significant increase in the relative and absolute levels of CD23 + cells-12.2± 0.8 mg% and 165 ±5.0 ml against the control-9.4 ± 0.3 mg% and 145 ± 3.0 ml, respectively. An increase in CD23 + lymphocytes confirms the acute phase of the allergic process. In the study, patients with FA showed a significant 4-fold increase in Ig E-88.67±4.84 mcl in relation to the control parameters-22.0 ± 1.2 mcl (P<0.001), a significant increase in the concentration of IgA-8.8 ± 1.2 g/l against 3.1 ± 0.5 g/l in the control and IgG-21.5±1.0 g/l against 14.8 ± 1.0 g/l in the control (P < 0.05). The IgM concentration had an unreliable upward trend relative to the control.

Conclusions: The data obtained indicate that FA is characterized by the formation of a secondary immunodeficiency state and infection against the background of a hyporeactive syndrome with an increase in the process of antibody formation. CD8+lymphocyte deficiency contributes to the formation of chronic diseases of the gastrointestinal tract with an autoimmune mechanism. The marked significant increase in the level of CD23 + lymphocytes indicates allergic sensitization of the body in chronic diseases of the gastrointestinal tract.

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Глухова Е.И., Шкляев А.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Актуальность. Тревожность - это индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым переживаниям состояния тревоги. В норме она необходима человеку для адаптации, однако неадекватная тревожность дезорганизует человека не только в плане поведения, но и всего организма в целом. Пациенты, в условиях стационара также способны испытывать состояния тревожности, их организм сосредотачивается на жизненно важных процессах, игнорируя пищеварение. Патология, связанная с нарушением пищеварения оказывает негативное влияние на здоровье пациента, значительно снижая качество жизни и скорость выздоровления.

Цель. Исследовать уровень тревожности пациентов гастроэнтерологического отделения и проанализировать факторы, влияющие на него.

Материалы и методы. Было спланировано и проведено исследование среди 43 пациента гастроэнтерологического отделения (27 женщин, 16 мужчин). Собирались данные анамнеза, лабораторные показатели, таблицы Ч.Д. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина) для изучения уровня ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности. Опросник GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов) для самостоятельной оценки состояния здоровья.

Результаты. Средний возраст обследованных составил 55,6 лет. В основной части женской группы высокий уровень СТ обнаружен у 59,0%; высокий уровень ЛТ - у 89,0%; в мужской: средний уровень СТ - у 44,0% мужчин, средний уровень ЛТ - у 50,0% мужчин. По данным теста GSRS: легкое и умеренное расстройство (41,0% и 33,0% женщины, соответственно). Также в женской группе наблюдалось выраженное и тяжелое расстройство – 8,0%. Основная часть мужской группы оценила свои симптомы как легкое расстройство – 56,0%. В группе женщин наиболее выражена умеренная обратная корреляционная связь между уровнем СТ и липазой $r=0,54$, глюкоза $r=0,50$. Однако, связь между СТ и основным диагнозом: слабая ($r=-0,15$), как и с тяжестью состояния($r=0,22$). При оценке ЛТ, умеренная прямая связь с общим баллом теста GSRS ($r=0,59$). При изучении данных группы мужского пола, была проведена оценка корреляционной связи: между СТ и употреблением алкоголя в анамнезе: высокая обратная ($r=-0,71$). Умеренная связь общего балла теста GSRS с фактом курения в анамнезе ($r=-0,54$ и $r=-0,40$ соответственно). При оценке ЛТ: умеренная связь между следующими параметрами: возраст (умеренная прямая связь $r=0,56$); алкоголь (умеренная обратная связь $r=-0,66$); осложнение основного заболевания (умеренная прямая связь $r=0,49$).

Заключение (выводы). Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у женщин уровень как СТ и ЛТ выше, чем у мужчин. Необходимо отметить наличие умеренной корреляционной связи с основными биохимическими показателями, в отличие от показателей женской группы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гуломов Ш.Х., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность исследования. Заболевания органов дыхания широко распространены, склонны к хронизации и прогрессированию и это все приводит к снижению качества жизни больного. Исследования, проведенные в последние годы показали, что самой частой локализацией инфекции, для лечения которых были назначены антибиотики, являлись дыхательные пути (24%) (1). Наличие аутоиммунного воспаления требует применения препаратов с иммуносупрессивным действием, что способствует развитию коморбидных инфекций разнообразной локализации в частности дыхательная система (2). Коморбидная инфекция у больных с ревматологическими заболеваниями развиваются в 1,5 раза чаще, чем в популяции, и являются второй по частоте (после активности болезни) причиной смерти этих пациентов (3). У больных с ревматологическими заболеваниями значительная часть летальных исходов является следствием инфекции органов дыхательной системы (4). Проблема заболевании органов дыхания у больных с ревматологическими заболеваниями не имеет должного освещения в современной отечественной литературе. До настоящего времени наши ревматологи не располагают какими-либо популяционными данными о частоте и распространенности заболевании дыхательной системы при ревматологических болезнях. Отсутствуют сообщения об отечественных исследованиях, посвященных факторам риска развития заболевании органов дыхания у больных с ревматологическими заболеваниями. Кроме того, заболевания дыхательной системы являются значимым не только в медицинском, но и в социально-экономическом аспекте так как на их лечение расходуются огромные средства. В этой связи становится понятной актуальность проведения исследований.

Цель. Изучить распространенность заболеваний органов дыхания у больных с ревматологическими заболеваниями, а также факторов риска в зависимости от наличия или отсутствия патологии системы органов дыхания

Материалы и методы: При исследовании были изучены немодифицируемые и модифицируемые факторы, в том числе антропометрии, коморбидность, сердечно-сосудистый риска. В течении 2 месяцев (январь-февраль) на базе СКАЛ был проведен опрос 78 больных с ревматическими заболеваниями из них мужчин-14; женщин-64. Среди них: ревматоидный артрит-34, ревматизм-12, остеоартроз-14, СКВ-5, пороки сердца-4, узловатая эритема-3, первичный дерматомиозит-1, системная склеродермия-1, псориатический артрит-1, васкулит-1, болезнь Бехтерева-1, полимиалгия-1. Среди 78 ревматологических больных, заболевания органов дыхания было у 21, из них мужчин-5, женщин-16. Из заболеваний органов дыхания: хронический бронхит-10; хронический тонзиллит-5; хроническое воспаление верхних дыхательных путей-3; пневмония-1; аллергический бронхит-1; отек легких-1.

Результаты. Факторы риска больных с наличием и отсутствием заболеваний органов дыхания представлены в Таблице.

Среди всех факторов риска статистически значимым оказалась распространенность хронической сердечной недостаточности среди пациентов, страдающих заболеваниями дыхательной системы. При этом, отношение шансов наличия этого фактора риска был 2 раза больше, чем у лиц без заболевания органов дыхания.

Выводы. Учитывая изученные факторы риска, хроническая сердечная недостаточность, ввиду застойных явлений как в большом, так и в малом кругу кровообращения возможно является потенциально причинным фактором большей распространенности поражений дыхательной системы у больных с ревматологическими заболеваниями. Дальнейшие исследования должны быть проведены, чтоб установить причинно-следственную связь и возможность снижения поражений органов дыхания при адекватном лечении хронической сердечной недостаточности.

Литература

1. Doyle, T. J., & Dellaripa, P. F. (2017). Lung Manifestations in the Rheumatic Diseases. *Chest*, 152(6), 1283–1295. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.05.015>
2. Strand M.J., Sprunger D., Cosgrove G.P. Pulmonary function and survival in idiopathic vs secondary usual interstitial pneumonia. *Chest*. 2014;146(3):775–785
3. Gochuico BR, Avila NA, Chow CK, Novero LJ, Wu HP, Ren P, et al. Progressive preclinical interstitial lung disease in rheumatoid arthritis. *Archives of internal medicine*. 2008 Jan 28;168(2):159–66.
4. Bongartz, T., Nannini, C., Medina-Velasquez, Y. F., Achenbach, S. J., Crowson, C. S., Ryu, J. H., Vassallo, R., Gabriel, S. E., & Matteson, E. L. (2010). Incidence and mortality of interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis and rheumatism*, 62(6), 1583–1591. <https://doi.org/10.1002/art.27405>

Таблица. Распространенность модифицированных и немодифицированных факторов риска у больных с ревматологическими заболеваниями в зависимости от наличия заболеваний органов дыхания

Факторы риска		Заболевания органов дыхания		X ² (chi-square)	P value
		«+» N=21	«-» N=57		
Степень урбанизации	Город	13	36	0,01	0,919
	Село	8	21		
Тяжелый труд	« + »	9	13	2,14	0,143
	« - »	12	44		
Экономический статус	низкий	4	9	0,117	0,732
	средний	17	48		
Пол	Муж	5	9	0,24	0,626
	Жен	16	48		
Социальный статус	низкий	15	42	0,04	0,842
	средний	6	15		
Ожирение	« + »	11	36	0,36	0,547
	« - »	10	21		
Порции фруктов и овощей в день	<1-2 порции	18	36	2,6	0,101
	3-4 порции	3	21		
Гипертония	« + »	8	28	0,4	0,541
	« - »	13	29		
Хроническая сердечная недостаточность	« + »	11	15	3,6	0,05
	« - »	10	42		
Заболевания желудочно-кишечного тракта	« + »	9	19	0,26	0,608
	« - »	12	38		

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЧЕК ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ГЕМОКОЛИТОМ

Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю., Имамова И.А., Саидова С.Г., Каромов М.Н.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Одной из серьезных проблем педиатрии и инфектологии в мире является уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) среди детей. Исходы тяжелых вариантов острых инфекционных диарей у детей с острым почечным повреждением (ОПП) остаются неудовлетворительными, а летальность достигает 70% и более. Терапия ОПП требует огромных материальных затрат, которые ложатся тяжелым бременем на все системы финансирования здравоохранения. Все это заставляет рассматривать ОПП в качестве одной из важнейших медико-социальных проблем.

Цель исследования. Учитывая актуальность острых инфекционных диарей (ОИД) и возможность развития острого поражения почек, целью нашего исследования стало изучение предрасполагающих факторов, способствующих развитию дисфункции почек при острых инфекционных диареях, протекающих с гемоколитом.

Материал и методы исследования. В период за 2017-2019 год было обследовано 40 больных детей, поступавших в НИИЭМИЗ МЗ РУз с тяжелой формой острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом (ОИДСГ). Все больные дети от момента начала заболевания обследовались комплексно клинико-лабораторными, бактериологическими, серологическими, иммунологическими методами.

Результаты и обсуждение. Таким образом, все 40(100%) больных детей с ОИДСГ в свою очередь были подразделены на две группы: с острым почечным повреждением и без поражения почек. У 15 (37,5%) больных детей с тяжелой формой ОИДСГ установлено острое почечное повреждение, из них троим детям 3(20%) с олигоанурией был выставлен диагноз гемолитико-уремический синдром, Уровень мочевины крови у больных детей с ОИДСГ без острого почечного повреждения составило $7,5 \pm 0,4$ ммоль/л, уровень креатинина $79,8 \pm 3,4$ ммоль/л; а у больных с острым почечным повреждением уровень мочевины составил $9,87 \pm 0,5$ ммоль/л, уровень креатинина - $74,8 \pm 6,3$ ммоль/л. У всех больных до поступления в стационар отмечался выраженный гемоколит и только у 9(22,5%) в стационаре.

Установлено, что 77,5% детей поступили на стационарное лечение только на $4,7 \pm 0,1$ день заболевания после самолечения либо скитания по знакомым врачам, в 22,5% дети поступали на $1,6 \pm 0,2$ день заболевания. При этом развитие поражения со стороны почек превалировало у 93,3% детей с поздней госпитализацией в стационар (на $5,2 \pm 0,2$ день заболевания).

До поступления в стационар терапию антибактериальными препаратами получали 29 (72,5%) детей. Из них 8(27,6%) получали инъекции меркацина; 3(7,5%) совместно с инъекцией гентамицина таблетки эрсефурила; 12 (41,4%) таблетки эрсефурила; 5 (17,2%) фуразолидона и 1 (3,4%) ребёнку мама давала ципрофлоксацин. При этом поражение со стороны почек (n=15) превалировало у детей, получивших в анамнезе меркацин (46,7%), у 13,3% совместно с инъекцией гентамицина фиксировался приём таблеток нифуроксазида, 26,7% детям давали только таблетки эрсефурила и 13,3% таблетки фуразолидона.

Из анамнеза выявлено, что 16 (40,0%) больным детям мамы для снижения температуры дома давали парацетамол 1-2 раза в день и 4 (10%) больным – ибуклин. Из них у 10 (62,5%) больных детей в клинике отмечалось нарастание признаков гемоколита, а у 5 (31,2%) развилось ОПП.

Основным симптомом начального периода у всех больных детей со слов родителей была рвота и потеря аппетита. Она появлялась, как правило, в первый день болезни, одновременно с появлением жидкого стула, или предшествовала ему. В сопорозном состоянии были 3 (7,5%), в коматозном состоянии – 1 (2,5%) больных детей с ОИДСГ и клиникой ОПП. У 2 больных детей с ГУС+ОПН отмечалось сопорозное и у одного коматозное состояние.

Заключение. При острых инфекционных диареях ОПП чаще всего развивается при поздно начатой или неполноценно проводимой регидратационной терапии, сопровождающейся при назначении нефротоксичных антибиотиков и петлевых диуретиков без проведения возмещения ОЦК.

Благодаря правильному и своевременному сбору анамнеза мы сможем прогнозировать утрату адаптационной способности почек при нагрузке на них в результате различных заболеваний с тяжелыми течениями, в том числе и острых инфекционных диарей, что будет способствовать предупреждению развития ОПП при ОИДСГ.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНЫМИ И НЕКОРОНАРННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ЭКСТРАСИСТОЛАМИ

Гуменюк А.Л., Тащук В.К.

Буковинский государственный медицинский университет, Украина, г. Черновцы

Метод ЭКГ дает возможность проанализировать турбулентность сердечного ритма (ТСР) с оценкой показателей начала турбулентности ("turbulence onset", TO), наклона турбулентности ("turbulence slope", TS) и пространственной дисперсии реполяризации при объективизации изменений независимых маркеров дисперсии миокарда (Tpeak to Tend (TrTe) и TrTe/QT), также оценить их прогностическое значение у пациентов с желудочковыми экстрасистолами (ЖЭ).

Целью исследования: оценка турбулентности сердечного ритма и особенности распределения интервалов начала турбулентности (TO) и дисперсии реполяризации (TrTe) при стабильной стенокардии (СтСт), миокардическом миокардиофиброзе (ММФ), нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и в зависимости от наличия гипертонической болезни (ГБ) в условиях ЖЭ.

Исследование построено на анализе электрокардиографических изменений и оценки параметров турбулентности сердечного ритма, показателей TO ("turbulence onset") и интервала дисперсии фазы реполяризации (TrTe) у 30 пациентов, которые обратились на кафедру внутренней медицины, физической реабилитации и спортивной медицины Буковинского государственного медицинского университета. У всех больных зарегистрировано наличие ЖЭ по данным ХМ ЭКГ. По ре-

зультатам клинических исследований пациенты разделены на четыре группы: пациенты со СтСт (1-ая группа, 10 больных), ММФ (2-ая группа, 14 больных), НЦД (3-я группа, 6 пациентов) и ГБ (4-ая группа, 11 больных), что встречалась в констелляции с СтСт или ММФ. Для расчета значений пользовались пакетом программ Microsoft Office Excel.

Как свидетельствуют собственные результаты, зарегистрировано увеличение интервала ТрТе при наличии/отсутствии СтСт ($100,0 \pm 3,72$ против $78,5 \pm 3,34$ мс, $p < 0,001$), что менее прогностически благоприятно в сопоставлении с пациентами с НЦД против больных с органической патологией ($65,0 \pm 6,19$ против $90,43 \pm 2,77$ мс, $p < 0,001$). Следует отметить, что на показатель ТрТе не повлияло наличие/отсутствие диагноза ММФ ($84,28 \pm 2,91$ против $86,0 \pm 5,58$ мс, $p > 0,5$) или ГБ ($87,27 \pm 7,14$ против $83,88 \pm 2,81$ мс, $p > 0,5$), а следовательно распределение ТрТе свидетельствует о более благоприятном воздействии функциональной патологии относительно уменьшения интервала ТрТе ($p < 0,001$), против органической патологии (СтСт, ММФ, ГБ). Оценка показателя начала турбулентности ("turbulence onset", ТО) нормативная в распределении $ТО < 0\%$ и патологическая при $ТО > 0\%$, свидетельствует, что достоверно нормативным распределением ТО характеризовались пациенты с НЦД против групп с органическим повреждением миокарда (СтСт, ММФ) при наличии ЖЭ (негативный $-0,022 \pm 0,0198$ против положительного $0,030 \pm 0,0163\%$, $p < 0,05$), расхождений в группах наличия/отсутствии СтСт или ММФ, в том числе зависимо влияния ГБ обнаружено не было, все показатели продемонстрировали неблагоприятное прогностическое распределение начала турбулентности ($ТО > 0\%$).

Следовательно, анализ ТСП и интервала ТрТе на данный момент является одним из оценочных маркеров прогнозирования жизненно важных осложнений и внезапной сердечной смерти.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРИДА ХИЗМАТНИНГ ТУРЛИ ПРОФЕССИОНАЛ ОМИЛЛАРИ ТАЪСИРИДА АЪЗОЛАР ВА ТИЗИМЛАРДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН БАЪЗИ БИР ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР

Ғоибов Ш.З.

Тошкент Тиббёт Академияси

Қуроли кучлар ҳарбий хизматчиларининг ўз профессионал хизмат бурчини ўташлари одатда экстремал ва фавқуллода ҳолатларда кечади. Хизматнинг бундай турли ҳил профессионал омилларининг узоқ вақт ва жадаллик билан организмга таъсири туфайли турли ҳил функционал бузилишлардан тортиб турли патологик жараёнларгача ривожланади.

Ҳарбий хизматнинг турли профессионал омиллари таъсирида организмнинг регулятор ва барча функционал тизимлари, жумладан: юрак қон-томир тизими, нафас тизими, эндокрин тизими, марказий ва вегетатив нерв тизими, шунингдек репродуктив функциясига ўз салбий таъсирини кўрсатади.

Ҳарбий хизматчилар орасида кўпроқ артериал қон босими ошиши билан ва кўпинча ёндош патологик жараёнлар билан бирга кечувчи юрак қон-томир тизими касалликлари аниқланади. Шунингдек нафас олиш ва юрак қисқаришлари ўртасида синхронлик бузилиши билан кечувчи ҳолатлар кузатилади.

Эндокрин тизим касалликлари қуроли кучлар ҳарбий хизматчилари орасида моддалар алмашинуви бузилиши билан кечувчи организмда липидлар ва углеводлар алмашинуви кўрсаткичлари дисбаланси билан намоён бўлади.

Марказий нерв тизимида патологик жараёнлар нерв тизими органик зарарланиши билан кечувчи сенсор бузилишлар ва энцефалопатияга қадар кузатилиши мумкин бўлган ҳолатлар билан кечади. Қуроли тўқнашувларда иштирок этган ҳарбий хизматчиларда ўтказилган стресс ҳолатлар эса вегетатив нерв тизимининг симптоматик активлигини ошириб, хизматнинг турли ҳил профессионал шароитларига мослашиш, яъни адаптация жараёни бузилиши билан кечувчи психик ва соматик бузилишларга олиб келади.

Организмнинг репродуктив функцияси бузилиши психоэмоционал зўриқиш билан боғлиқ бўлиб, марказий нерв системаси томонидан бошқарилади. Ҳарбий хизматчилар орасида психоэмоционал зўриқиш билан боғлиқ бўлган хизматнинг турли профессионал омиллари туфайли репродуктив жараёнларнинг марказий ингибирланиш даражаси юқори бўлса, жинсий аъзолар функцияси бузилишининг ривожланиш ҳавфи ортиб боради.

Шундай қилиб хизматнинг турли профессионал омиллари таъсирида физиологик ва репродуктив тизимдаги бузилишлар ҳарбий хизматчиларнинг соғлигига салбий таъсир кўрсатиб, турли-ҳил стресс ҳолатларга чидамлигини пасайтиради. Бу эса ўз навбатида ҳарбий хизматчиларнинг социал мослашувчанлигининг пасайишига олиб келади.

ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА СЕРДЦЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Даниярова Л.Д., Шидаков Ю.Х-М.

Кыргызско-Российский Славянский университет. Институт питания,
Международная академия традиционной и экспериментальной медицины
Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики

По данным ВОЗ Черепно-мозговая травма (ЧМТ) составляет до 30-40% от всех видов травм и как причина смерти населения, занимает третье место. Выжившие лица страдают психическими расстройствами, эпилептическими припадками, грубыми двигательными и речевыми нарушениями. Это имеет важное социальное значение, так как среди больных с ЧМТ доминируют лица трудоспособного возраста. Колоссальные расходы на лечение и реабилитацию пациентов с травмой определяют экономическое значение проблемы.

Глибенкламид— представитель второго поколения производных сульфонилмочевины (ПСМ), который с 1969 года широко используется во многих странах как надежное и проверенное средство терапии СД 2го типа, а с 2001 года для профилактики отека мозга при ЧМТ и цереброваскулярных нарушениях. Однако вопрос о внемозговых эффектах препарата еще не решен. Проблема влияния глибенкламида на ремоделирование венозного русла и кардиомиоцитов на фоне ЧМТ в условиях высокогорья остается открытой.

Работа выполнена на белых беспородных крысах весом 230-250-г соблюдая требования Европейской конвенции по содержанию, кормлению и уходу за подопытными животными, а также выводу их из эксперимента и последу-

ющей утилизации. Животные составили основную с ЧМТ и контрольную - здоровую серию опытов. ЧМТ моделировали путем нанесения животному удара грузиком (68 г) с высоты 90 см, в теменной области черепа, с помощью специально устройства. Энергия воздействия в этом случае составила 0,6 Дж. Животных разделили на 2 группы: I - крысы с ЧМТ без применения глибенкламида и II группы - здоровые.

В результате в условиях высокогорья при ЧМТ компенсаторные реакции перенапрягаются, переходят в разряд патологических. Это выражается размыканием капиллярных петель миокарда, увеличением порозности и проницаемости, имбибицией тушью в паренхиму миокарда. На этом фоне появляются обширные очаги диапедеза эритроцитов, а также микрокровоизлияния. В правом желудочке через сосуды Вьессена-Тебезия инъецированная тушь глубоко проникает в толщу миокарда и переходит в соустье с капиллярами системы венечных артерий. В этих участках капиллярное русло выглядит грубым с нарушением типичной для них пространственной организации. В миокарде наряду с интерстициальным отеком отмечается появление нежной соединительной ткани. Характерны зернистая дистрофия кардиомиоцитов вокруг которой наблюдается инфильтрация клеточных элементов. Применение глибенкламида несколько уменьшает степень ремоделирования венечного русла и миокарда при ЧМТ в высокогорье, полностью не устраняет его.

АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Долиев А.Ё., Назарова К.Х.

Ташкентская медицинская академия

Анемия у больных ревматоидным артритом (РА) наблюдается в 30-70% случаев. Для пациентов с РА проблема снижения гемоглобина (Hb) является актуальной, так как они имеют более высокий риск развития кардиоваскулярных заболеваний и поражения почек по сравнению с общей популяцией.

Цель. Изучить особенности анемии у больных РА

Материалы и методы исследования. В исследование включено 48 пациентов с РА. При постановке диагноза учитывали критерии Американской ревматологической ассоциации (1987). Активность РА оценивалась по индексу активности болезни DiseaseActivityScore (DAS28).

Всем пациентам выполнялось исследование гемограммы на анализаторе «Mindray BC-5000» с определением форменных элементов крови и эритроцитарных индексов: среднего объема эритроцита (MCV) и средней концентрации Hb в эритроците (MCH). Определялся уровень фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов, общего белка и белковых фракций. С помощью колориметрического фотометрического теста на анализаторе «Mindray BA-88A» исследованы показатели обмена железа сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС).

Результаты исследования. Среди обследованных 48 больных РА преобладали женщины - 38 (79,1 %), средний возраст составил 45,7±12,0 лет, средняя продолжительность болезни -12,9±7,4 лет. Группу РА составили в основном пациенты с серопозитивным вариантом, поздней стадией заболевания, высокой степенью активности, IV рентгенологической стадией, ФК II степени. Из 48 больных с РА у 31 (71%) больного наблюдалась анемия. Причинами снижения гемоглобина у 22(71%) больных РА была анемия хронического заболевания (АХЗ) и у 9 (29%) больных дефицит железа. Из 40 больных с высокой (II-III степень) степенью активности заболевания, анемия встречалась у 29(72%) больных. Из 8 больных (I степень активности) анемия встречалась у 2(25%) больных.

Заключение. Таким образом, при РА основная причина снижения Hb - анемия хронических заболеваний (АХЗ), которую можно считать системным проявлением РА и тяжесть анемии напрямую связана со степенью активности заболевания.

ЕНГИЛ АТЛЕТИКАЧИЛАРНИНГ ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИНИ ЭКГ(ГЕОЛИНК) ОРҚАЛИ ТАДҚИҚ ЭТИШ

Дониёров Б.Б., Мавлянова З.Ф.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарлиги. Хозирги кунда дунё миқёсида спорт машғулотларининг организмга таъсир доираси бўйича кўплаб илмий ишлар мавжуд. Спорт тиббиётидаги тиббий статистик маълумотлари шуни кўрсатадики, спортчиларнинг тиббий саломатлиги, уларнинг ҳаёт давомийлиги спортчилар шуғилланаётган спорт турига ва машғулотнинг тана органларига берадиган юкламаларининг миқдорига узвий боғлиқ. Кўплаб узоқ масофали марафонлар, велогонка, атлетиканинг енгил ва оғир турлари бўйича бўлиб ўтадиган мусобақалардан кейинги ҳолатларда, иштирокчиларнинг юрак қон-томир системаси бўйича тиббий муаммолар юзага келганлиги, шу жумладан ўлим ҳолатлари қайд этилиб ўтилганлиги ҳеч кимга сир эмас. Мусобақадан кейинги ҳолатларда вафот этганлар паталогоанатомик текширувдан ўтказилганда, уларнинг 62% да юрак қон-томир системасига юкламалар юракнинг ўтказувчанлик функциясига, импульс пайдо бўлишига, қоринчалар реполяризациясига, ишемик касалликлар ривожланишига кучли салбий таъсирини ўтказган ва ўлим ҳолатлари келтириб чиқарган.

Тадқиқот мақсади. Енгил атлетика билан шуғилланувчиларни, машғулотдан олдинги ва кейинги юкламаларининг юрак қон-томир системасига таъсир доирасини ЭКГ(геолинк) орқали таққослаш ва спортчи учун керакли тиббий тавсияларни ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Текширувлар ЭКГ (геолинк) тиббий инструментал мосламаси орқали олиб борилади. Тиббий текширув учун енгил атлетиканинг иккита йўналиши гуруҳларга ажратилади, биринчи гуруҳ "Баландликка сакраш" йўналишидан 50 нафар спортчи, иккинчи гуруҳи эса "Фовлар оша югириш" йўналиши бўйича 50 нафар спортчилар танлаб олинган. Олинган натижаларга ва спортчидан йиғилган анамнез орқали ташхис қўйилиб тиббий статистик таҳлил ўтказилади.

Текширув натижалари. Текшириш жараёнида асосан электрокардиограммадаги "P", "T", "R", тишчалар, "P-Q", "Q-T" интерваллар, шунингдек "R-R" оралиқлари тиббий назоратга олиниб спортчи кардиограммасига ташхис қўйилади. Электрокардиограмма текширувида биринчи текширув гуруҳи "Баландликка сакраш" спортчиларнинг

машғулотдан аввал 10 нафарида фоиз нисбати билан 20% да чап қоринча гипертрофия белгилари, синусли брадикардия, юрак қоринчаларида метаболлик ўзгариш мавжудлиги аниқланди. 35 нафарида фоиз нисбати билан 80% да ўзгаришлар кузатилмади. Машғулотдан кейин эса 15 нафарида фоиз нисбати билан 30 % да чап қоринча гипертрофия белгилари, импульс пайдо бўлишидаги ўзгаришлар шунингдек миокардаги дистрофик ўзгариш қайд этилди. Биринчи гуруҳдаги қолган 35 нафарида фоиз нисбати билан 70 % спортчилар юрагида фақатгина қоринчалар гипоксияси мавжудлиги аниқланди. Машғулотдан кейин 50 нафар спортчида синусли тахикардия кузатилди. Демак “Баландликка сакраш” йўналишида юклама миқдори 10% га тенг. Иккинчи гуруҳдаги спортчилар машғулотдан аввал 25 нафарида фоиз нисбати билан 50% да чап қоринча гипертрофия белгилари, юрак ўтказувчанлик системасида, импульс пайдо бўлишидаги ўзгаришлар мавжудлиги аниқланди, қолган 25 нафарида фоиз нисбати билан 50% да эса ўзгаришлар кузатилмади. Машғулотдан кейин эса 35 нафарида фоиз нисбати билан 75 % да чап қоринча гипертрофия белгилари, импульс пайдо бўлиши, юрак ўтказувчанлик системасида шунингдек бўлмача ва қоринчанинг реполяризация жараёнида ўзгариш мавжудлиги аниқланди. Машғулотдан кейин 50 нафар спортчида ҳам синусли тахикардия кузатилди. Демак “Говлар оша югириш” йўналишида юклама миқдори 25% га тенг.

Хулоса. Демак энгил атлетиканинг “Говлар оша югириш” йўналишида спортчиға бериладиган юклама миқдори баландлиги аниқланди. Юкламани камайтириш учун кўпроқ машғулот билан шуғилланиш, кўплаб юклама аниқланган спортчиға спорт турини алмаштириш тавсия этилади. электрокардиография функционал текшируви спортчиға машғулотдан кейинги юкламани аниқлаш ва камайтириш ҳамда уни назорат қилиш имконини беради.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМ И РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ТЕНСЕГРИТИ

Евсеев Г.М., Урываев А.М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Тенсегрити (от английского «tensegrity», «tensional integrity», т. е. напряженная интегральность) – система взглядов, описывающих самонапряженные конструкции. Биолог Дональд Ингбер под влиянием идей архитектора Букминстера Фуллера применил принципы тенсегрити к биологическим структурам и выдвинул теорию о самонапряженном строении клеток, согласно которой цитоскелет клетки можно представить как самонапряженную конструкцию.

Цель. Рассмотреть принципы строения живого организма с позиций теории тенсегрити. Рассмотреть механизмы развития аневризмы и расслоения аорты в контексте теории самонапряженных конструкций.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили научные статьи. Использованы тенсегральные геометрические модели строения аорты, а также клеток гладкомышечных миоцитов и их отдельных структур.

Результаты и их обсуждение. Согласно теории тенсегрити, аорта представляет собой самонапряженную конструкцию на различных уровнях и в разных масштабах организации. В то же время клетки гладкомышечных миоцитов, представляющих мышечный каркас аорты, также представляют собой самонапряженные системы. Натяжения порождаются активными и промежуточными филаментами; они приложены к микротрубочкам внутри клетки или элементам внеклеточного матрикса (через интегрин) и сбалансированы. При повышении артериального давления (артериальная гипертензия), наследственном нарушении соединительной ткани (синдром Марфана) и др. патологии на организменном уровне, либо исчезновении одной из микротрубочек на клеточном уровне происходит изменение клеточного метаболизма.

Выводы. Теория тенсегрити применяет принципы организации инженерных конструкций к биологическим структурам. Данная теория имеет несколько очень сильных сторон: универсальность, общий принцип, лежащий в основе биологических структур, модульность и самоподобие, принцип обратной связи. Теория тенсегрити позволяет объединить влияние физиологических изменений со стороны кровотока, тенсегральное строение стенки аорты и клеточный метаболизм гладких миоцитов, а также влияние механического повреждения на ремоделирование соединительной ткани в стенке аорты как в норме, так и при патологии.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ РИСКА НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ

Есенова Г.О., Абдумаликова Ф. Б., Шукурджанова С.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ факторов приверженности больных ИБС с определением риска неприверженности к лечению с помощью компьютерной программы для ЭВМ «Оценка степени приверженности к терапии и способы её повышения в первом звене здравоохранения» у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. Проведен мониторинг 88 амбулаторных пациентов с ИБС. Стабильной стенокардией напряжения. ФК I-III, с последующим разделением на основную группу (n=48) с воздействием разработанной компьютерной программы (КП) и контрольную группу (n=44) без применения способа оценки степени приверженности. В последующем проведен сравнительный анализ степени приверженности с помощью модифицированного опросника MMAS-8-Item и качества жизни (КЖ) по шкале EQ-VAS у пациентов обеих групп в процессе наблюдения. **Суть разработки КП заключается** в оценке степени приверженности к основной терапии выявляя индекс риска снижения комплаентности с последующими рекомендациями комплексных методов воздействия в зависимости от причин низкой приверженности на амбулаторном этапе. Средний возраст пациентов составил 59,4±3,5 лет.

Результаты. В нашем исследовании из немодифицированных факторов риска ИБС были выявлены: наследственная отягощённость у 68% больных, мужчины составили 53% больных. Выявлены гендерные отличия по статистически значимым различиям степени приверженности к лечению между мужчинами и женщинами. Мужчины набрали в среднем УК (уровень комплаентности)=0,72±0,23 балла, против женщин, набравших УК=2,21±0,73 балла, тогда как комплаентными считаются больные набравшие 4 балла по опроснику Мрриски-Грина. Соответственно мужской по л в 3

раза меньше привержен к фармакотерапии по сравнению с женщинами, что соответствует очень низкому уровню комплаентности. Пациенты с наследственной предрасположенностью относительно привержены, в среднем $УК=2,24\pm 0,79$, возможно это связано с большей информированностью этих больных о заболевании и их последствиях. У исследуемых статистически значимые различия по УК в зависимости от возраста не выявлено, но имеется онтроля артериального давления в домашних условиях. к низкой степени приверженности у пожилых, в среднем $УК=1,08\pm 0,33$ балла. В ходе исследования проведена комплексная оценка самых значимых факторов риска развития низкой приверженности пациентов к фармакотерапии, таких как курение, тревожно-депрессивные расстройства, ожирение и гиподинамия, длительный анамнез артериальной гипертензии, а также отсутствия контроля артериального давления в домашних условиях.

Среди пациентов со стабильной стенокардией напряжения часто встречались управляемые факторы риска, такие как тревожно-депрессивные расстройства у 74,6% больных, ожирение у 58,5% и гиподинамия у 62,1% пациента. По результатам анкетирования по опроснику Мриски-Грина у этой категории больных с ИБС и артериальной гипертензией выявлен статистически значимый очень низкий $УК=0,82\pm 0,45$ балла, $УК=2,21\pm 0,73$ и $УК=2,21\pm 0,73$ соответственно.

Заключение. Таким образом, низкая приверженность к терапии у больных с ишемической болезнью сердца, со стабильной стенокардией напряжения ассоциируется с такими факторами риска как мужской пол, пожилой возраст, длительный анамнез артериальной гипертензии, отсутствием контроля артериального давления, а также рядом психологических и личностных особенностей пациентов.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ РИСКА НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ

Есенова Г.О., Абдумаликова Ф.Б., Шукурджанова С.М.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Анализ факторов приверженности больных ИБС с определением риска неприверженности к лечению с помощью компьютерной программы для ЭВМ «Оценка степени приверженности к терапии и способы её повышения в первичном звене здравоохранения» у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. Проведен мониторинг 88 амбулаторных пациентов с ИБС. Стабильной стенокардией напряжения. ФК I-III, с последующим разделением на основную группу ($n=48$) с воздействием разработанной компьютерной программы (КП) и контрольную группу ($n=44$) без применения способа оценки степени приверженности. В последующем проведен сравнительный анализ степени приверженности с помощью модифицированного опросника MMAS-8-Item и качества жизни (КЖ) по шкале EQ-VAS у пациентов обеих групп в процессе наблюдения. **Суть разработки КП заключается** в оценки степени приверженности к основной терапии выявляя индекс риска снижения комплаентности с последующими рекомендациями комплексных методов воздействия в зависимости от причин низкой приверженности на амбулаторном этапе. Средний возраст пациентов составил $59,4\pm 3,5$ лет.

Результаты. В нашем исследовании из немодифицированных факторов риска ИБС были выявлены: наследственная отягощённость у 68% больных, мужчины составили 53% больных. Выявлены гендерные отличия по статистически значимым различиям степени приверженности к лечению между мужчинами и женщинами. Мужчины набрали в среднем УК (уровень комплаентности) $=0,72\pm 0,23$ балла, против женщин, набравших $УК=2,21\pm 0,73$ балла, тогда как комплаентными считаются больные набравшие 4 балла по опроснику Мриски-Грина. Соответственно мужской по л в 3 раза меньше привержен к фармакотерапии по сравнению с женщинами, что соответствует очень низкому уровню комплаентности. Пациенты с наследственной предрасположенностью относительно привержены, в среднем $УК=2,24\pm 0,79$, возможно это связано с большей информированностью этих больных о заболевании и их последствиях. У исследуемых статистически значимые различия по УК в зависимости от возраста не выявлено, но имеется онтроля артериального давления в домашних условиях. к низкой степени приверженности у пожилых, в среднем $УК=1,08\pm 0,33$ балла. В ходе исследования проведена комплексная оценка самых значимых факторов риска развития низкой приверженности пациентов к фармакотерапии, таких как курение, тревожно-депрессивные расстройства, ожирение и гиподинамия, длительный анамнез артериальной гипертензии, а также отсутствия контроля артериального давления в домашних условиях.

Среди пациентов со стабильной стенокардией напряжения часто встречались управляемые факторы риска, такие как тревожно-депрессивные расстройства у 74,6% больных, ожирение у 58,5% и гиподинамия у 62,1% пациента. По результатам анкетирования по опроснику Мриски-Грина у этой категории больных с ИБС и артериальной гипертензией выявлен статистически значимый очень низкий $УК=0,82\pm 0,45$ балла, $УК=2,21\pm 0,73$ и $УК=2,21\pm 0,73$ соответственно.

Заключение. Таким образом, низкая приверженность к терапии у больных с ишемической болезнью сердца, со стабильной стенокардией напряжения ассоциируется с такими факторами риска как мужской пол, пожилой возраст, длительный анамнез артериальной гипертензии, отсутствием контроля артериального давления, а также рядом психологических и личностных особенностей пациентов.

PROBABILITIES OF CLINICAL LABORATORY ASSESSMENT OF ANTIPLATELET THERAPY EFFECTIVENESS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Jabbarov A.A., Nadirova Yu.I., Rahmatullayeva N.T., Umarova Z.F.

Tashkent medical academy

Key words: clopidogrel, antiplatelet therapy, GP IIb/IIIa receptor, P-selectin, induced flow cytofluorometry.

Aim. To evaluate the functional activity of platelets by the optical standard aggregatometry and induced flow cytofluorometry during antiplatelet therapy with clopidogrel and acetylsalicylic acid (ASA).

Material and methods. The evaluation of platelet function in 40 patients with ischemic heart disease treated with dual antiplatelet therapy (ASA and clopidogrel) was performed by two methods: the standard photometric method with the assessment of degree of light transmission at the maximum point and by the original method of induced flow cytofluorometry with the plate-

let activity evaluation by changing of glycoprotein (GP) IIb/IIIa receptor level and the expression of P-selectin before and after ADP induction.

Results. Increase in platelet functional activity was detected in patients with ASA monotherapy at initial evaluation by both induced flow cytofluorometry and standard photometric method. After one month dual antiplatelet therapy platelet function significantly decreased according to standard photometric method (from 61.4±3.6 to 45.9±3.7; p<0.05; the induction of 2.5 mM ADP), as well as according to flow cytofluorometry with changing of GP IIb/IIIa receptor level (from 12.2±0.8% to 5.2±0.8%; p<0.05) and the expression of P-selectin (from 70.5±5.9% to 57.4±5.9%; p<0.05).

Conclusion. The combined use of laboratory methods to assess platelet function (traditional and high-tech) provides cardiologist with additional tool for assessing the effectiveness of antiplatelet therapy in patients with ischemic heart disease.

РЕВМАТОИД АРТРИТДА КОМБИНИРЛАНГАН ТЕРАПИЯ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН НОЖЎЯ ТАЪСИРЛАР

Жабборов А.А., Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Назарова Н.О.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Ревматоид артрит (РА) аутоиммун касалликлар ичида энг кўп учровчи касаллик бўлиб, бўғимларда яллиғланиш, улар деструкцияси ва фаолиятини бузилиши билан характерланади. У инсонларнинг ҳар қандай ёшида, айниқса меҳнатга лаёқатли даврида учраб, тез авж олади ва кўп ҳолларда ногиронликга олиб келади.

РА фармакотерапиясининг асосий вазифаларидан бири бўғимлардаги яллиғланиш жараёнини тез ва муқим сўндириш, касалликни кейинчалик авж олишини олдини олишдир. Ҳозирги кунда РА касаллигини даволашда комбинацион фармакотерапия асосий усуллардан бири ҳисобланади.

Айрим базис дори воситалари комбинацияси узоқ кутилган натижаларга қарамай, даво эффективлигини кўрсатмади, айримларидан эса аксинча ижобий кўрсаткичлар олинди. Шундай қилиб РА касаллигида комбинирланган базис даво таъсири асосий муаммоси уни яна ўрганишда давом этиш ва такомиллаштиришдир. Лекин уларни узоқ вақт давомида қўллаш натижасида турли хил асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Мақсад: Ревматоид артрит давосида базис дори воситаларини комбинирланган ҳолда қўллашда келиб чиққан ноғўя таъсирларни баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 60 та АРА мезонлари ва ЕULAR мезонлари бўйича ташхис қўйилган беморлар киритилган. Текширувдаги беморлар даволаш усули бўйича иккита гуруҳга ажратилди: комбинирланган базис терапия (метотрексат, сульфасалазин, плаквенил) (n=24) ва метотрексат билан олиб борилган монотерапия (n=36).

Самарадорликни аниқлашда тадқиқотда қўлланилаётган барча дори воситалар туфайли келиб чиққан ҳаёт учун хавfli ноғўя таъсирлар эътиборга олинди. Бундай ноғўя таъсирлар текширув давомида 10 та беморда кузатилди, улардан 3таси, комбинирланган даво гуруҳига, 8 та бемор эса монотерапия гуруҳига мансуб. Биринчи гуруҳдаги 2 та беморнинг 1тасида 12 бармоқ ичак яра касаллиги (n = 1), 1 таси сульфасалазинга нисбатан юқори сезувчанлик, аллергия холати кузатилди. МТ ли монотерапия гуруҳидаги беморларда лимфома (n = 1), меъда яраси (n = 4), пневмония (n = 2), гепатит (n = 1) кузатилди. Юқорида санаб ўтилган нохуш холатларнинг барчаси (пневмония ва гепатитдан ташқари) биз олиб бораётган даво билан боғлиқ.

12 бармоқ ичак яраси аниқланган бемордан бошқа барча беморлар текширувдан чиқиб кетишди. 12 бармоқ ичак яраси аниқланган бемор 2 ҳафта давомида даволанди ва яра чандиқланишига олиб келинди.

Хулоса. Комбинирланган терапия ва монотерапияда кузатиладиган асоратларни аниқлаш учун олиб борилган қиёсий таҳлиллар комбинирланган гуруҳдаги беморларда ноғўя таъсирлар кўпроқ учраши, лекин даво самараси юқори бўлишини кўрсатди. Шунинг учун, комбинирланган терапияни тавсия этишда кузатиладиган асоратларни олдини олиш учун беморлар анамнезини яхшироқ йиғиш керак ва асоратлар кузатилганда (аллергик реакциялар бундан мустасно) метотрексат миқдорини вақтинча пасайтириш керак (ҳафтасига 2.5-5 мг дан). Метотрексатни даво схемасига қайта киритганимизда, аввалги дозага нисбатан 2.5мг кам (лекин ҳафтада 7.5 мгдан кам бўлмадлиги керак) миқдорда қўллаш тавсия этилади.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ЦИТОКИНА ИЛ-8 У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Закирова У.И., Каримджанов И.А.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день рецидивирующий бронхит (РБ), протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (СБО), следует рассматривать как переходное состояние бронхиальной астмы (Геппе Н. А., 2016, Kim H. et. al., 2017). Рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ) получил широкую распространенность из-за сложности в диагностике, неэффективности противорецидивного лечения и неоднозначным прогнозом. Но следует отметить согласно теориям других ученых и практических врачей, что не у всех детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО) развивается в дальнейшем бронхиальная астма (БА). РБ отличает обратимость бронхиальных изменений, несмотря на нередкое тяжелое клиническое течение, сложность дифференциальной диагностики с другими бронхолегочными патологиями. В настоящее время изучение иммунопатологических механизмов, лежащих в основе развития СБО, который сопровождается активным инфекционным или аллергическим воспалением актуальна. Цитокины, которые участвуют в инфекционно-воспалительном и аллергическом процессе в значительной мере определяют направление, тяжесть и исход бронхиальной обструкции. Интерлейкин 8 (ИЛ-8) относится к группе провоспалительных цитокинов, которому принадлежит доминирующая роль в активации нейтрофилов.

Цель: проведение сравнительного анализа ассоциации полиморфного варианта ИЛ-8 у детей с РБ и БА. Нами представлены результаты анализа ИЛ-8 в сыворотке крови и общего IgE у 68 больных, из которых основную группу составили 43 больных с РБ и 2 группы сравнения 25 пациентов с БА узбекской популяции в возрасте от 3х до 7 лет. В качестве кон-

трольной группы исследованы 20 практически здоровых детей того же возраста и популяции без бронхолегочной патологии и аллергологического анамнеза. Анализ распространенности ИЛ-8 в группе детей с РБ составило в среднем 32,47 пг/мл, тогда как в группе больных с БА 76,32 пг/мл. При статистическом анализе было выявлено достоверно значимое повышение уровня ИЛ-8 при БА относительно показателей при РБ ($p < 0,001$). Возможно высокий показатель ИЛ-8 у детей с БА связан с более частыми возникающими воспалительными процессами в течение года, сопровождающийся более тяжелым течением СБО и астматическим статусом, что в дальнейшем приводило к высокой гиперреактивности бронхов.

Результаты исследований: значительное повышение ИЛ-8 в периферической крови у пациентов всех сравниваемых групп по сравнению с здоровыми детьми ($p < 0,005$). Это доказывает наличие инфекционного генеза воспаления при СБО в детском возрасте. При исследовании уровня общего IgE в периферической крови у детей с РБ (92,23 МЕ/мл) и БА (264,61 МЕ/мл) выявлено достоверное повышение данного показателя относительно нормы и пациентов здоровой группы (46,21 МЕ/мл) ($p < 0,001$). Это еще раз доказывает важное значение аллергического компонента в патогенезе развития РБО и БА. Таким образом, повышенный уровень ИЛ-8 в сочетании с превышением IgE является диагностическим критерием СБО, а наиболее значимое увеличение их показателей является прогностическим маркером формирования РБО и БА.

ФИЗИОЛОГО–КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТА ПРИ ГИПОФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Зуннунов Х.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Как известно слюна является динамической средой, отражающей постоянные изменения в организме. Исследование функций желез полости рта позволяет выявить многие заболевания органов полости рта на ранней стадии их развития.

Анализ современной научной литературы свидетельствует о снижении функций слюнных желез при различных формах соматических заболеваний и использовании различных лекарственных препаратов. Причины возникновения гипофункции слюнных желез многообразны.

Цель: изучение основных качественных и количественных показателей смешанной слюны у студентов в норме и гипофункции слюнных желез для выявления параллелей в стоматологических заболеваниях.

Анкетированием выявлена распространенность и причины наличия гипофункции слюны желез. Из 50 испытуемых у 14 – 28% случаев выявлена разная степень гипофункции от лёгких форм до выраженной ксеростомии, в большем проценте встречаемости (72%) у девушек. Однако большинство обследуемых не включали этот синдром в перечень жалоб.

Ротовыми симптомами были: жалобы на повышенную жажду и потребление жидкости, особенно во время еды и в ночной период, желание принимать средства, стимулирующие слюноотделение – жевание резинки, потребление кислых конфет, 2 % обследуемых жаловались на жжение в полости рта (синдром горячего рта), у 13% выявлены кариес, гингивит, парадонтит, в 2 % случаев отмечены необычные вкусовые ощущения, затруднение при глотании, у 4 испытуемых выявлен дрожательный язык. Отмечалось достоверное ($P < 0,05$) ухудшение мастикации – уменьшение амплитуды жевательных сокращений и увеличение их длительности. Наряду с этим выявлено понижение качества жизни (использовалась российская версия J. E. Ware, 1992, с общим вопросником SF-36 с оценкой физического и психического компонентов здоровья).

Из главных причин гипофункции слюнных желез обследуемые указали на приём лекарственных препаратов (анальгетики, противовоспалительные, противодиазепиноидные, антигистаминные), на 2 месте психогенные воздействия (промежуточные и итоговые контроли), на 3 месте – ревматоидные заболевания, ангины, гормональные нарушения, в 10% случаев причины не были обнаружены. Внеротовыми симптомами были – сухость глотки, кожи, слизистой носа, ощущение песка в глазах, частые запоры (7 % случаев).

Проведенное комплексное обследование студенческого контингента на наличие гипофункции слюнных желез, полученные данные по установлению взаимосвязи этого состояния с наличием патологии органов полости рта и снижением качества жизни могут служить основой профилактических мероприятий, основной целью которых является программа Здоровье студента.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КАК СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ

Ибрагимова Н.У., Халмухамедов Б.Т.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия у больных силикозом это часто встречающаяся патология у работников горнорудной промышленности которая возникает под воздействием сопутствующих вредных производственных факторов кроме пыли как производственный шум, вибрация, неблагоприятные метеоусловия и психо-эмоциональное напряжение. При этом подбор антигипертензивной терапии у данной категории пациентов, представляет собой сложную задачу, в связи с жестко регламентированным списком разрешенных лекарственных препаратов.

Материалы и методы: в группу наблюдения было включено 70 больных силикозом, сопутствующим заболеванием Гипертоническая болезнь 2ст. артериальная гипертензия II-III степени. Исследуемые лица были рандомизированы на 2 группы. Пациентам I-группы ($n=38$) был назначен ЭНАЛАПРИЛ в дозе 20-40 мг/сут, II- группа ($n=32$) получали ЭНАЛАПРИЛ в дозе 20-40 мг/сут в сочетании с препаратом этилметилгидроксипиридина сукцинат в дозе 50мг/мл., 5-10мл.препарата этилметилгидроксипиридина сукцинат разведенным в 100 мл.0.9% раствора натрия хлорида. После выписки пациентам обеих групп, было рекомендовано продолжить прием ЭНАЛАПРИЛА в дозировке по 1 табл./2 раз в сутки. При выписке анализ результатов лечения показал, что у пациентов II-группы отмечалось более быстрое достижение целевого уровня АД и устойчивый гипотензивный эффект.

Вывод: Для лечения больных силикозом с сопутствующей патологией ГБ2ст. АГ II-III степени, по мимо назначения рациональной, безопасной, антигипертензивной терапии возможно применение курсового лечения препаратом этилметилгидроксипиридина сукцинат в дозе 50мг/мл позволяет ускорить нормализацию АД.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РЕСПУБЛИКИ

Ибрагимов Н.У., Агзамова Г.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение и выявление особенности развития и течения силикоза у работников горнорудного производства, разработка профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования: нами были обследованы 92 больных силикозом в клинике профессиональных заболеваний НИИ СГПЗ. По профессии это проходчики, работавшие в условиях воздействия кремнийсодержащей пыли в подземных условиях. По возрасту преобладали лица возраста 33-50 лет, средний возраст составил $39,6 \pm 1,2$ лет, по стажу - в основном рабочие с профессиональным стажем от 5 до 15 лет и средний стаж работы в подземных условиях - $10,9 \pm 0,8$ лет.

Результатов исследования: По результатам рентгенографического исследования легких и функции внешнего дыхания, выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии осложненный дыхательной недостаточностью - 49 больных (53,3%), силикоз II стадии с дыхательной недостаточностью - 34 больных (36,9), силикоз III стадии с выраженной дыхательной недостаточностью - 3 больных (3,3%) и силикотуберкулез - 6 больных (6,5%). Динамическое наблюдение за состоянием больных отмечает прогрессирование фиброзного процесса и осложнений (туберкулез легких) у больных с силикозом второй и третьей стадии. Наблюдалось преобладание выявленной легочной патологии у лиц с небольшим профессиональным стажем работы (от 5 лет), молодого возраста и первичное выявление больных во II стадии силикоза, которая сопровождалась дыхательной недостаточностью. Анализ результатов профилактических медицинских осмотров позволил разработать программу профилактики силикоза у работников горнодобывающего производства.

Выводы: 1. Увеличение частоты заболеваемости силикозом работников горнодобывающего производства, вероятно, следует объяснить недостаточно эффективной работой по оздоровлению условий труда и некачественным проведением профилактических медицинских осмотров.

2. Итогом проведения программы должно явиться снижение уровня заболеваемости силикозом, показателей утраты трудоспособности, улучшение качества жизни рабочих и в конечном итоге - уменьшение величины материального ущерба для предприятий и государства.

КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ш.А., Миррахимова М.Х., Сотиболдиева Н.Р.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Сочетанные течения атопического дерматита у детей принадлежит к числу распространенных аллергических болезней. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 8% населения страдает коморбидным течением атопического дерматита с бронхиальной астмой (БА). В целом сочетанным течением атопического дерматита страдает от 5 до 10% детского населения, две трети из которого заболевают в первые 3 года жизни [7,8,10]. Анализ данных литературы показывает, что к пубертатному периоду БА страдают около 10-50% детей с повторными обструктивными бронхитами в раннем детстве [5,6,7].

Среди факторов роста заболеваемости АД немаловажную роль играют наследственная предрасположенность, расширение спектра причинно-значимых аллергенов. Наличие последних особенно характерно для группы часто и длительно болеющих детей, у которых нередко выявляется бронхиальная астма (БА).

Цель: изучение частоты встречаемости сочетанного течения атопического дерматита с бронхиальной астмой у детей, повторными рецидивами атопического дерматита в раннем детстве.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 150 историй развития ребенка (ф 112/у) в возрасте от 3 до 7 лет, которые в раннем возрасте неоднократно болели атопическим дерматитом в сочетании бронхиальной астмой. У всех этих детей выставлен диагноз атопический дерматит в сочетании бронхиальной астмой.

Оценку проводили методом ИФА определение уровня IgE и не инвазивным методом определение уровня лейкотриенов в утренней моче. БА ставили на основании пикфлоуметрических данных. Наличие всех признаков признаков давало основание для постановки диагноза коморбидности течения атопического дерматита.

Субпопуляционный состав лейкотриенов определяли методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью панели моноклональных антител. 15 детей с АД без БА составили группу сравнения.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что во время беременности, родов и раннего неонатального периода действие многочисленных факторов риска было для всех детей идентичным ($p < 0,05$).

Следует отметить, что 45% детей с АД в сочетании с БА и 25,5% детей с БА перенесли первый бронхообструктивный синдром (БОС) в возрасте до 1 года, тогда как в группе сравнения данный показатель составил около 12%.

33,5% детей основной группы уже на первом году жизни относились к категории часто болеющих, что с высокой достоверностью сочеталось с наличием АД. Средняя продолжительность БОС для детей основной группы была практически в 2 раза выше, чем в группе сравнения. При этом БОС за 1 год жизни 2- раза перенесло 68%, 3 и более раз 32% детей основной группы, тогда как в группе сравнения - 1-2 раза переболели 85% детей, а более 3 раз - всего 15%.

Наиболее частыми клиническими проявлениями внешних признаков оказались следующие: бледная, сухая с шелушением кожи лица, с эритематозно-сквамозными очагами (13%), приступы ночных удушья (12%), периорбитальная ги-

перпигментация (28%), гнейс (48%), блефарит (33%), приросшие мочки (3-4%), голубые склеры (7%), нарушение осанки (19%), дакриоцистит (7%), хейлит (50%), ангулярный стоматит (17%), раздраженность наружных трети бровей (18%).

Из висцеральных диспластических проявлений наиболее часто у детей с БА на фоне АД диагностированы аномально расположенные хорды левого желудочка (28%), оксалурия (59%), уратурия (36%), деформация желчного пузыря (46%), пролапс митрального клапана (14%), дискинезия желчевыводящих путей (38%) и дискинезия кишечника (62%).

У детей с атопическим дерматитом бронхиальная астма имела в большинстве случаев непрерывно рецидивирующее течение.

У детей АД в сочетании с БА характерны: ранняя манифестация БОС, утяжеление течения заболевания, формирование сочетанной аллергопатологии, выраженные сдвиги во всех звеньях иммунной системы.

Наличие у детей сочетание АД и БА сопровождается дисфункцией иммунной системы, что проявляется снижением резистентности детей к инфекционным агентам.

Особое внимание нами было обращено состоянию маркера апоптоза. Среди маркеров апоптоза наиболее изученным является клеточный рецептор CD95 (FAS), по которому судят об активации иммунных клеток и их готовности к FAS-индуцированному апоптозу, в том числе при аллергической патологии [5,6,7].

Наши данные показали, что у детей с повторными обструктивными бронхитами на фоне АД в анамнезе показатели апоптоза были низкими, чем у детей без ТМ. В дальнейшем у данных детей была диагностирована бронхиальная астма. У детей с ДСТ также отмечалось снижение показателей апоптоза.

Таким образом, проведенные нами исследования дают основание полагать, что в трансформации частых обструктивных бронхитов в бронхиальную астму немаловажную роль играют такие фоновые состояния как АД. Немаловажным также является определение состояния клеток апоптоза для прогнозирования риска развития бронхиальной астмы.

Литература

1. Богова А. В., Ильина Н. И., Лусс Л. В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет // Российский аллергологический журнал. – 2008. – Т. 6. – С. 3-14.
2. Данные Государственного комитета РУз по экологии и охране окружающей среды [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.uznature.uz/>. – Дата доступа: 10.07.2018.
3. Данные центра гидрометеорологической службы при Министерстве по чрезвычайным ситуациям Республики Узбекистан (Узгидромет) по мониторингу качества воздуха [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.meteo.uz/>. – Дата доступа: 10.07.2018.
4. Камалтынова Е.М. Распространенность аллергических болезней и маркеров сенсибилизации у детей школьного возраста г. Томска и Томской области по результатам программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (International Study of asthma and Allergy in Childhood) // Экономика и управление в здравоохранении. Бюллетень сибирской медицины, № 3, 2012 стр.146-153.
5. Огнев В. А. Эпидемиология астмы и аллергии у детей. По материалам международной программы по изучению астмы и аллергии у детей (International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)). – 2015.
6. Смирнова С. В., Таптыгина Е. В., Бронникова Е. П. Аллергия и псевдоаллергия: экологические аспекты географической патологии // Экология человека. – 2017. – № 7.
7. Состояние окружающей среды в Центральной Азии / Региональный экологический центр Центральной Азии, Австрийское федеральное агентство по окружающей среде; Н. Денисов [и др.]. – Экологическая сеть «Зой», 2015. – 52 с.
8. Федько Н.А., Джанибекова А.С. «Влияние экологических факторов на аллергическую заболеваемость детского населения» // Медицинский вестник Северного Кавказа. Год издания: 2014.-N 1.-С.30-32
9. Череватенко А.А.. «Экологические факторы риска для здоровья населения» Журнал фундаментальной медицины и биологии, по. 3, 2018, pp. 39-45.
10. Эрназарова Х.Х, Адылова З.У. Распространенность аллергических заболеваний в мире // International scientific review. 2017. №2 (33).

ESTIMATE OUTCOMES OF STROKE IN CONTROLLED AND UNCONTROLLED PARKINSON'S DISEASE: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Ibrohimova N.I., Daminova H.M.

Tashkent medical academy

Background: Post-stroke Consequences in PD were clear but difference in Regulated and Unregulated PD was unknown.

Purpose. This study aimed to investigate the severity of post-stroke outcomes the patients who suffer from Parkinson's disease (Controllable and Uncontrollable with Medicines)

Methods. The retrospective cohort study included 150 Parkinson's disease patients with ischemic Stroke accepted to Neurology department of Tashkent Medical Academy Clinic. (98 of them have a Controlled PD and 52 of them have a Decontrolled PD, aged >45 years) Complications and mortality during the stroke admission associated with PD were evaluated by calculating adjusted odds ratios (ORs) and 95% CIs in the logistic regressions.

Results. History of Regulated PD was associated with post-stroke gastrointestinal bleeding (OR 1.04, 95% CI 1.0-1.39), epilepsy (OR 1.55, 95% CI 1.29-2.02), pneumonia (OR 1.25, 95% CI 1.19-1.32), urinary tract infection (OR 1.24, 95% CI 1.18-1.38) and mortality (OR 1.27, 95% CI 1.09-1.58). Unregulated PD was associated with post-stroke gastrointestinal bleeding (OR 2.01, 95% CI 1.09-2.23), epilepsy (OR 3.10, 95% CI 2.25-3.22), pneumonia (OR 2.36, 95% CI 2.01-2.56), urinary tract infection (OR 2.42, 95% CI 2.01-2.12) and mortality (OR 4.13, 95% CI 4.05-4.46).

Conclusion. Results showed that post-stroke consequences in Uncontrolled PD worse than Controlled PD.

ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Иванова О.С., Майчук Е.Ю., Воеводина И.В.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Введение: ожирение, особенно его абдоминальный тип, является значимым фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) для женщин и ассоциировано с развитием атеросклеротических изменений сосудистой стенки. Показатели артериальной ригидности взаимосвязаны с риском развития ССЗ в будущем.

Цель: изучение взаимосвязи ожирения с показателями артериальной ригидности и суточной динамики центрального аортального давления у женщин различных возрастных групп.

Материалы и методы: обследованы 161 женщина, которые были разделены на 3 группы: 1-я группа – 52 женщины молодого возраста от 18 до 30 лет ($23,8 \pm 5,3$ лет); 2-я группа – 54 женщины от 31 года до наступления менопаузы ($41 \pm 5,9$ лет); 3-я группа – 55 женщин в периоде постменопаузы ($55,4 \pm 5,8$ лет). Всем добровольцам проведено анкетирование, антропометрия, исследование артериальной ригидности доплерографическим методом и методом объёмной сфигмографии, суточное мониторирование артериального давления с оценкой показателей сосудистой жёсткости и центрального аортального давления.

Результаты: в 1-й группе абдоминальное ожирение коррелирует с ростом скорости пульсовой волны в аорте PWVao ($R=0,41$, $p=0,002$) и патологическими изменениями характеристик отражённой волны. Во 2-й группе общее ожирение в большей мере ассоциировано с увеличением центрального и периферического давления: САД ($R=0,43$, $p=0,001$), САДао ($R=0,38$, $p=0,01$), ПАД ($R=0,44$, $p=0,001$), ПАДао ($R=0,45$, $p=0,001$). Абдоминальное ожирение во 2-й группе коррелирует с увеличением каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны кФСРВ ($R=0,4$, $p=0,003$) и в меньшей степени взаимосвязано с давлением. В 3-й группе получены корреляции абдоминального ожирения с PWVao ($R=0,33$, $p=0,01$), кФСРВ ($R=0,32$, $p=0,02$), ПАДао ($R=0,3$, $p=0,02$), ПАД ($R=0,33$, $p=0,01$). Корреляция ожирения с сердечно-лodyжечным сосудистым индексом САVI в группах не получена.

Выводы: общее и абдоминальное ожирение взаимосвязаны с артериальной ригидностью и увеличением центрального и периферического давления у женщин различных возрастов. Наиболее значим данный фактор для женщин с сохранённой репродуктивной функцией. Оценка артериальной ригидности у женщин с ожирением позволит своевременно формировать группы риска и проводить профилактические и лечебные мероприятия.

ОЦЕНКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В СПИНЕ

Исамухаметова Ю.Б., Усманходжаева А.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: боль, как многофакторное явление, остается под пристальным вниманием медицинского сообщества. Особое место занимает боль в спине. Высокая актуальность проблемы дегенеративных изменений позвоночника в поясничном отделе определяется неврологическими проявлениями, изменениями психологических и личностных характеристик, снижением качества жизни.

Материалы и методы исследования: в процессе научно-исследовательской работы на базе многопрофильной поликлиники № 46 Шайхонтохурского района города Ташкента были изучены нейропсихологические показатели пациентов с болями в спине, проходивших курс лечения в амбулаторных условиях. Были протестированы 79 пациентов, средний возраст 49 лет, женщин из них 58 (73%), мужчин 21 (26%). У всех пациентов, ведущей жалобой была боль в пояснично-крестцовой области интенсивного и умеренного характера, у 56% пациентов, присутствующая постоянно или периодически. Факторами, провоцирующими усиление болевого синдрома, в 17,1% был кашель, чихание, в 91,2% движение, в 94,2% повседневная нагрузка, в 48,6% статическое напряжение. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью опросника Мак-Гилла (ОБМ) до проведения курса лечения установила отклонения у пациентов контрольной группы. Так в сенсорном классе показатель рангового индекса боли (РИБ) составили $5,68 (\pm 2,7)$ балла, число выбранных дескриптов (ЧВД) $3,78 (\pm 0,9)$, в аффективно-эмоциональном уровне РИБ $2,85 (\pm 1,8)$ балла, ЧВД $1,79 (\pm 0,8)$. После терапии отмечается положительная динамика в сенсорном классе по РИБ на 63,6%, по ЧВД на 57,4%, в аффективно-эмоциональном классе по РИБ на 72,9%, по ЧВД на 59,1%.

Обсуждение и выводы: особенность вертеброгенной боли заключается в сочетании сенситизации нервного волокна с изменениями в психоэмоциональной и психосоциальной сфере, что способствует её усугублению и хронизации. В тоже время, болевой синдром в спине может иметь сугубо психогенную природу, когда в возникновении, тяжести, усилении и сохранении боли основную роль играют психические факторы, а собственно боль – продукт измененного восприятия пациента.

СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИАГРЕГАНТАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК II-III СТАДИИ

Исиргапова С.Н., Собиров М.О., Собиров А.М.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Цель: Изучить агрегацию тромбоцитов в динамике лечения трифлузалом у больных хронической болезнью почек (ХБП) II-III стадии с не диабетической этиологии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 40 больных с ХБП II-III стадии, находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии многопрофильной клиники ТМА в период с октября 2019 года по март 2020 года. Средний возраст больных составил $45 \pm 4,5$ года.

У обследованных больных, помимо общеклинических и биохимических анализов, изучалась агрегация тромбоцитов на агрегометре методом с добавлением индикатора аденозиндифосфат (АДФ). Контрольными точками исследования были 1, 10 и 30 дни лечения.

Больные получали стационарный курс комплексной патогенетической терапии в соответствии с утвержденными Национальными стандартами. При этом части больным (20 человека) в лечение дополнительно был внесен трифлузал в виде препарата «Дисгрин» в дозе 600мг, внутрь ежедневно, на курс 10 дней, с последующим амбулаторным пероральным приемом по 300мг 2 раза в сутки в течение 4 недель.

Результаты исследования: Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имелся выраженное нарушение в системе свертывания крови, что проявлялось в повышении агрегации тромбоцитов, с одновременным снижением международное нормализованное отношение (МНО) от нормы.

Десятидневный курс стандартной терапии больных получавших дипиридамола привел к значимым изменениям в системе агрегации тромбоцитов. Но при этом, у больных, получавших «Дисгрэн», обнаружена более положительная динамика этих параметров: агрегация тромбоцитов снизилась $91,4 \pm 4,2$ % до $52,3 \pm 3,2$ % ($p < 0,05$), при этом МНО изменилось недостоверно и возросло с $1,07 \pm 0,12$ до $1,15 \pm 0,05$ в сравнении со значениями до начала лечения.

Выводы:

1. У всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имеется дисбаланс в системе свертывания крови, что проявляется резким повышением агрегации тромбоцитов.

2. Стандартное лечение с дипиридамолом оказывает существенного влияния на нарушения в этой системе. Но использование «трифлузала» в стандартной терапии у больных хронической болезнью почек II-III стадии привел к более достоверному понижению уровня агрегации тромбоцитов до субнормального уровня, без достоверного влияния на соотношение МНО.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

Искандарова И.Р., Рахманова Л.К.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал ТМА

Актуальность. В настоящее время отмечается прогрессивное течение нефротического синдрома (НС) среди детей, которой привлекает внимание ещё серьезностью **прогноза**. В этом плане уделяет внимание совместное течение НС с другими патологиями, на примере, с лимфатическим диатезом (ЛД), которой характеризуется увеличением частоты заболеваемости в течении года, хронизации и развитием синдрома неклассифицируемой иммунной недостаточности.

Цель исследования: изучить особенностей клеточного иммунитета при нефротическом синдроме у детей с лимфатическим диатезом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 36 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих НС (нефротическая форма хронического гломерулонефрита) на фоне ЛД. Из них: 1-группа-НС с ЛД-18; 2-группа- НС без ЛД-18. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей аналогичного возраста. Изучали состояние клеточного иммунитета.

Результаты и их обсуждение. Обязательными диагностическими критериями ЛД являются: увеличение периферических лимфатических узлов-85,0%, патологическое течение беременности – 79,0%, наличие хронических очагов инфекции-77,2% дисфункция эндокринной системы -68,1%, диспропорция телосложению - 67,0%, крупный вес при рождении -44,8%, тимомегалия при рождении- 34,0%, что согласуется с данными литературы. Клиника НС характеризовались отеками (100%), олигоуриями (100%), асцитом (48,8%), «меловая» бледностью кожных покровов (64,0%), гепатомегалией (43,0%), причем у больных 1 группы они наблюдались чаще ($P < 0,001-0,01$). Исследования функций почек показали уменьшение суточного диуреза, протеинурии, гиперлипидемии, гиперкоагуляции ($P < 0,001-0,01$), гипоальбуминемии ($P < 0,001$), гипергаммаглобулинемии ($P < 0,01$) а также снижение клубочковой фильтрации почек ($P < 0,01$), также более выраженное у детей 1 группы. Сравнение результатов клеточного иммунитета показало снижение процентного содержания Т-лимфоцитов (СД3), Т-супрессоров (СД8), Т-хелперов (СД4), ФАН ($P < 0,001$), увеличение числа В-лимфоцитов (СД19) и АСЛ почек ($P < 0,001$) в крови.

Заключение. Особенности клеточного иммунитета при нефротическом синдроме у детей с лимфатическим диатезом характеризуется дефицитом в виде снижения СД3, СД4, СД8, ФАН, увеличением числа СД19 и АСЛ почек, которые сохраняются и в периоде ремиссии.

HEART RHYTHM DISTURBANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT WITH ANTAGONISTS OF MINERALOCORTICOID RECEPTORS

Islomov I.I., Gadaev A.G.

Tashkent medical academy

Purpose. To estimate influences of the antagonists of mineralocorticoid receptors (AMR) on disturbances of a heart rhythm at patients with the chronic heart failure (CHF).

Material and methods of a research. Within prospective observation 42 patients who were on hospital treatment in departments of cardiology and therapy of clinic of the Urgench branch of the Tashkent medical academy at the age of 53 - 74 years were examined. The research included patients with CHF II, III and the IV functional class (FC) on classification of New York Heart Association (NYHA). Patients with an acute heart failure, an acute myocardial infarction, unstable stenocardia, an idiopathic cardiomyopathy, pericardites, rheumatic heart diseases, myocardites were excluded from a research. All patient conducted the standard methods researches (clinical and biochemical blood tests, the general analysis of urine, the ECG, EchoCG, the test of 6 minute walkings, the scale assessment of a clinical state (SACS)). For diagnosis of arrhythmia the physical research of patients, short-term record ECG in 12 assignments and daily holter monitoring (HM ECG) was conducted.

Results. CHF II FC, according to the scale of assessment of a clinical state (SACS) and the test of 6-minute walking (6-MWT), is revealed – at 15 (35.71%), the III FC – at 18 (42.85%), the IV FC – at 9 (21.42%) patients. All had an ischemic heart disease which is mainly provided by a stable angina of exertion with average FC 2.86 ± 0.75 . Arterial hypertension is revealed at 31 (73%) patients. The average systolic arterial blood pressure (SABP) made 136.6 ± 18.0 mm Hg. and diastolic arterial blood pressure (DAD) of 74.8 ± 18.31 mm Hg. The EF initial level was 46.62 ± 12.4 %. The average rate of pulse was 81.2 ± 24.6 beats per minute. According to a physical research and short-term record ECG of disturbance of a warm rhythm are revealed at 31 (73.81%) patients before complex treatment with inclusion of AA respectively: a constant form of the atrial fibrillation (AF) – at 18 (42.85%) and 18 (42.85%) patients ($r < 0.05$), single supraventricular extrasystoles (SVE) – at 7 (16.67%) and 3 (7.14%) patients ($p > 0.05$), single ventricular extrasystoles (VE) – at 22 (52.38%) and 13 (30.95%) patients ($r < 0.05$), a combination of SVE and VE – at 12 (28.57%) and 9 (21.43%) patients ($p > 0.05$), frequent VE at 8 (19.04%) and 8 (19.04%) patients ($p > 0.05$).

Conclusion. The evidence obtained results and available confirms efficiency, safety and good tolerance of antagonists of Aldosterone in patients with chronic heart failure with various disturbances of heart rhythm. Thus, antagonists of mineralocorti-

coid receptors are capable to reduce emergence of disturbances of a warm rhythm against the background of complex treatment of patients with chronic heart failure.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С АНТАГОНИСТАМИ АЛЬДОСТЕРОНА

Исломов И.И. Гадаев А.Г.

Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

Цель. Изучить влияния антагонистов альдостерона (АА) на нарушения ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. В рамках проспективного наблюдения были обследованы 42 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении общей терапии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, возрасте 53 - 74 лет. В исследование были включены пациенты с ХСН II, III и IV функциональном классом (ФК) по классификацию New York Heart Association (NYHA). Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, тест 6-ти минутной ходьбы, шкала оценка клинического состояния (ШОКС)). Для диагностики аритмии проводилось физикальное исследование пациентов, краткосрочная запись ЭКГ в 12 отведениях и суточное холтеровское мониторирование (ХМЭКГ).

Результаты. По данным ХМЭКГ и краткосрочной записи ЭКГ нарушения сердечного ритма выявлены у 31 (73,81 %) больных до и после комплексного лечения с включением АА соответственно: постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП) – у 18 (42,85%) и 18 (42,85%) больных ($p < 0,05$), единичные наджелудочковые экстрасистолы (НЭС) – у 7 (16,67%) и 3 (7,14%) больных ($p > 0,05$), единичные желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) – у 22 (52,38 %) и 13 (30,95%) больных ($p < 0,05$), сочетание НЭС и ЖЭС – у 12 (28,57 %) и 9 (21,43%) больных ($p > 0,05$), частые ЖЭС у 8 (19,04%) и 8 (19,04%) больных ($p > 0,05$). среди этих больных ФК согласно шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и тесту 6-минутной ходьбы (6-ТХ), выявлены следующим образом: ХСН II ФК – у 15 (35,71 %), III ФК – у 18 (42,85 %), IV ФК – у 9 (21,42 %) больных. У всех имелась ИБС, преимущественно представленная стабильной стенокардией напряжения со средним ФК $2,86 \pm 0,75$. Артериальная гипертензия выявлена у 31 (73 %) больных. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло $136,6 \pm 18,0$ мм рт. ст. и диастолическое АД (ДАД) $74,8 \pm 18,31$ мм рт. ст. Исходный уровень ФВ был $46,62 \pm 12,4\%$. Средний показатель пульса составлял $81,2 \pm 24,6$ ударов в минуту.

Заключение. Таким образом, антагонисты минералокортикоидных рецепторов способны уменьшить возникновение нарушений сердечного ритма и улучшить качество жизни на фоне комплексного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТОМИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Исматова К.А., Амонов Ш.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является одним из наиболее распространенных заболеваний среднего уха. В настоящее время изменилось клиническое течение хронического гнойного среднего отита, чаще развиваются медленные, торпидные формы.

Среди них регистрируется увеличение числа больных с фиброзирующими формами воспалительного процесса в среднем ухе, при котором улучшение слуха после реконструктивных операций составляет не более 35-30%. Остаётся актуальной проблема ранней и дифференциальной диагностики тугоухости, несмотря на значительные достижения в области аудиологической диагностики и отохирургии. Особенно это относится к такой форме фиброзирующего среднего отита, как тимпаносклероз. Он носит вялотекущее, «благоприятное» течение, однако в зависимости от длительности заболевания выявляются различные уровни поражения структур уха, которые в значительной степени влияют на слуховую функцию и функциональный результат слухоулучшающих операций.

Применяемые до настоящего времени в клинической практике методика отоскопии не отвечают современным требованиям отиатрии, поскольку оказываются недостаточными для получения достоверной информации о характере и распространенности в среднем ухе патологического процесса. Отомикроскопия является надёжным методом диагностики тимпаносклероза, особенно при планировании хирургических способов лечения.

Цель: анализ роли отомикроскопии в диагностике тимпаносклероза.

Материалы и методы исследования. За период с 2018-2019 года под нашим наблюдением находилось 80 (100%) больных с тимпаносклерозом в детском клинике

Таш ПМИ и на ООО "Happy life" возрасте от 11 до 65 лет. Правостороннее поражение были выявлены у 42 (52,5%) больных, левосторонние у 38 (47,5%). Больных разделили на две группы: в первую группу вошли больные без перфоративной форма тимпаносклероза-32 (40%) больных, во вторую - 48 (60%) с перфоративной и холестеатомной формой тимпаносклероза.

Результаты и их обсуждение. При диагностической отомикроскопии выявлены: белые меловые пятна на остатках барабанной перепонки, маленькие тимпаносклеротические глыбки расположенные в слизистой оболочке барабанной полости. Перечисленные патологические изменения, были выявлены в основном у больных второй группы.

Выводы: следует отметить, что использование отомикроскопии дает новые возможности в диагностике тимпаносклероза в амбулаторных и стационарных условиях и позволяют оптимальную тактику лечения больного.

EVALUATION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Ismoilov U.I., Maksudova Z.S., Khamraeva U.S.

Tashkent medical academy

Relevance. Systemic lupus (SLE) is an autoimmune rheumatic disease of unknown etiology characterized by hyperproduction of a wide range of organ-specific autoantibodies to various components of the nucleus and immune complexes causing immunoinflammatory tissue damage and disruption of internal organ functions. In systemic lupus erythematosus (SLE), many organs and systems of the body, including the central nervous system, are affected, leading to a number of nervous-mental syndrome, including neuropathological, such as depression, asthenoneurotic syndrome. Recent data show that the prevalence of depression in SLE patients is between 11.5% and 47%. According to the literature, each new exacerbation in the recurrent course of the disease progressively impairs SLE patients' life quality, intimate relations, increases the severity of depression, increases the frequency of suicidal attempts. Stress-related adaptation disorders are often detected in patients with SLE. The use of corticosteroids is also considered as a negative factor affecting the psychological background of SLE patients. It is noted that SLE patients with high frequency show side effects of glucocorticoids and various mental disorders such as euphoria, insomnia, sharp mood changes, personality changes, severe depression, symptoms of psychosis.

Work purpose. Evaluation of psychoemotional disorders in patients with systemic lupus erythematosus.

Materials and methods. The 25 of patients with a reliable diagnosis of SLE, whose average age was $36,8 \pm 7.6$ years, who received hospital treatment in the departments of rheumatology and cardiorheumatology of the 1st clinic of Tashkent Medical Academy, were examined. The following clinical manifestations of the disease were diagnosed in SLE patients: skin damage in the form of a «lupoid butterfly» (16 patients), photosensitization (11 patients), kidney damage (12 patients), heart damage (6 patients), discoid spills (7 patients). Patients were dominated by the II degree of disease activity of 15 patients (60%), and 18 patients (70%) had a disease age of more than 5 years. The control group was 25 virtually healthy individuals. An anxiety rating scale for Ch.D. Spielberger - Y.D. Khanin was chosen for the mental sphere survey, which consists of 40 questions and is now a reliable and informative way to assess reactive alarm (RA) levels as a condition and personal alarm (PA) as a sustainable characteristic of humans. Results are estimated usually in gradations: up to 30 points - low anxiety, 31-45 points - average anxiety, 46 points and more - high anxiety. Questionnaires were processed according to the instruction using the Statistical Analysis Software.

Results and discussion. The examination revealed that in patients with SLE the expression of RA and PA is directly proportional to the duration of the disease, i.e. the longer the disease, the more anxiety is expressed. Anxiety rates in patients with SLE with disease duration of more than 5 years were on average $PA = 64$, $PA = 48$ versus $RA = 54$, $PA = 40$ in patients with disease age of up to 5 years. The dependence of anxiety indicators on the degree of activity of the process was also established, the severity of anxiety increases with the increase of disease activity. The II degree of activity of the disease showed high values of RA (71), PA (51) compared to the I degree of activity ($RA = 54$ and $PA = 41$). Comparing the data of patients with control groups, reactive answer was found to be increased in patients with SLE compared to the control group with a prevalence of 1.6 times. Personal anxiety was also high in patients with RA comparatively with healthy, almost 1.65 times.

Conclusions. Thus, the results of the study revealed that psychoemotional disorders are detected to some extent in all SLE patients and depend both on the age of the disease and the degree of activity of the process, which often exacerbates the course of the disease and reduces patients' life quality. Therefore, such patients need to assess psychoemotional status and then correct its disorders, which can contribute to increased duration and quality of life of patients with SLE.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Поражение психической сферы встречается практически у всех больных с системными заболеваниями соединительной ткани, в частности при ревматоидном артрите (РА) и системной красной волчанке (СКВ), а иногда оно предшествует развернутой картине болезни. При этом в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут наблюдаться психоэмоциональные нарушения, которые выражаются различными симптомами.

Цель исследования. Изучение поражения психической сферы у больных с ревматоидным артритом и системной красной волчанкой.

Материал и методы. В исследование были включены 36 пациентов (20 пациентов с РА, средний возраст $38,5 \pm 1,4$ года и 16 пациентов с достоверной СКВ, средний возраст которых составляет $32,6 \pm 2,9$ года), получающих стационарное лечение в отделении ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. По иммунологической принадлежности РА серопозитивными было 11 больных (55%) а серонегативными 9 больных (45%), у всех пациентов с РА диагностирована II степень активности процесса. Среди больных с СКВ I степень активности определена у 9 больных (56,25%); II степень активности у 7 больных (43,75%). По давности заболевания больные с РА распределились следующим образом: до 1 года - 6 пациентов (30%), от 1 до 5 лет - 8 (40%), больше 5 лет - 6 больных (30%). Среди больных с СКВ преобладали пациенты с давностью заболевания больше 5 лет (75%). Для исследования была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д.Спилбергеру-Ю.Д.Ханину, которая состоит из 40 вопросов и в настоящее время является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности (реактивная тревожность (РТ) как состояние) и личностной тревожности (ЛТ) (как устойчивая характеристика человека). Анкеты обрабатывались согласно инструкции с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistical Analysis Software.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что у больных с РА выраженность РТ и ЛТ прямопропорциональна длительности течения данного заболевания, т.е. чем продолжительнее болезнь, тем более выражена тревожность. Так, у больных с давностью заболевания более 5 лет отмечались более высокие показатели тревожности. Было установлено, что у больных с серонегативным РА по сравнению с серопозитивными ЛТ, и РТ превышает в 1,2 раза, хотя многие из них не замечали признаков повышенной тревожности. У больных с СКВ более высокая ЛТ и РТ отмечались

при II степени активности заболевания. При сравнительной оценке уровня тревожности при РА и СКВ более высокие цифры показателей установлены при СКВ.

Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что психологические изменения у больных РА и СКВ не только усугубляют течение заболевания, но и, снижая эффективность лекарственных средств, удлиняют стадию активности болезни. Поэтому таким больным необходима консультация психотерапевта и назначение соответствующих лекарственных средств для устранения психоэмоциональных расстройств.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исмоилова Н., Бекмиров Т.

Ташкентская медицинская академия

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. К наиболее распространенным из них относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз.

По статистическим данным ишемической болезнью сердца страдают около 12 % всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц молодого возраста. Многими исследователями установлено, что у больных ИБС наблюдаются те или иные психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я». Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Различают боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса, в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Причиной стресса могут быть конфликтные ситуации в семье или на работе, потеря близкого человека или похороны умершего от инфаркта миокарда, различные сексуальные, производственные или общественно-правовые трудноразрешимые или практически неразрешимые обстоятельства, затрагивающие наиболее ранимые черты личности и астенизирующие больного.

Установлено, что у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, преобладают тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства [1]. Возникновение этих нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно-мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца. Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация — все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы.

Наиболее характерным признаком изменения познавательных процессов при ИБС можно считать затруднения при одновременном охвате нескольких элементов ситуации, что является следствием сужения объема восприятия. Основное затруднение при этом представляет операция совмещения нескольких признаков. У здоровых людей относительное нарастание сложности не вызывает никаких затруднений и ни в отношении точности, ни в отношении темпа при выполнении всей серии проб резких различий не наблюдается.

Практически у всех больных ИБС отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, более или менее выраженные признаки затруднения распределения и переключения внимания с одного признака на другой. Часто выявляются признаки истощаемости психических процессов.

Результаты психологического обследования необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ социально-психологической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [4]. При выявлении признаков истощаемости психических процессов и нарушений динамики длительных действий рекомендуются облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. Для того чтобы минимизировать возникновение негативных изменений в эмоциональноличностной сфере больных, целесообразно проводить психокоррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни. Учитывая повышенную тревожность сердечнососудистых больных и фиксацию на соматических ощущениях, рекомендуются занятия групповой психотерапией и освоение приемов аутогенной тренировки.

Литература

1. Волков В.С., Анталацци З. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. — М.: Медицина, 1982. — 285 с.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Ред.: В.В.Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 167 с.
3. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. — М.: Медицина, 1997. — 342 с.
4. Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. ст. / Под. ред. — Л., 1990. — С. 120-124.

CONDITION OF A AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE ASSOCIATED WITH AUTONOMIC DYSTONIA

Kadirov B.S., Khamrabaeva F.I.

Purpose of the study. To study the state of the autonomic nervous system in patients with peptic ulcer associated with autonomic dystonia.

Materials and research methods. The state of the autonomic nervous system was evaluated in 100 patients with peptic ulcer disease (PUD) of the stomach and duodenum. We used methods for determining vegetative reactivity, such as the Danini-

Ashner test, an active orthostatic test (heart rate and blood pressure were determined in the horizontal and vertical positions), and the Spielberger test. This test provides information on reactive and personal anxiety.

Results. Autonomic disorders revealed in the examined patients with PUD were divided into 2 groups depending on the severity of the clinical course, summing up the study: group 1 patients (50) - more pronounced, group 2 patients (50) - less pronounced. After an active orthostatic test in 1 group of patients, a heart rate of <120 beats per minute and higher, $A/P < 140/85$ mm Hg was observed and above, and in the 2nd group of patients with these methods, heart rate was less than 120 beats per minute and A/P less than $140/85$ mmHg. In the next Danini-Ashner test in the 1st group of patients, the results of heart rate of 110 and higher per minute were obtained, and in the 2nd group of patients this indicator was 60-50 per minute. Similarly, the severity of reactive and personal anxiety was significantly higher in the first group of patients with peptic ulcer disease and amounted to 46 points or more, and in the second group, these indicators ranged from 30 to 45 points. As for vegetative tone, the results show that patients of the 1st group have significantly more pronounced sympathicotonia, compared with the 2nd group where vagotonia was observed.

Conclusion. It was found that in patients with peptic ulcer disease during a chronic course of the process, dissociated autonomic dystonia syndrome with a high level of reactive and personal anxiety and parasympathetic orientation of autonomic reactivity is observed, which indicates the maladaptive nature of autonomic disorders.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кадирова Ф.Ш., Рахимова М.Э.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) закрепила за собой лидирующую позицию в структуре заболеваемости и смертности, и на долю Узбекистана приходится 59,3% в структуре общей смертности. Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопровождается резким снижением качества жизни, снижением и утратой трудоспособности больных, повышение смертности. Около половины больных ХСН имеют сниженную фракцию выброса левого желудочка (ХСН-снФВ - ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка менее 40%), меньшая часть - нормальную (ХСН-сФВ - ХСН с сохраненной фракцией выброса $\geq 50\%$). Характеристики группы больных с хронической сердечной недостаточностью с промежуточной фракцией выброса от 40 до 49% (ХСН-прФВ) находятся в промежуточном положении между ХСН-снФВ, и ХСН-сФВ, что требует проведения дополнительных исследований для завершения полной картины популяции пациентов с ХСН.

Цель работы. Изучить особенности течения ХСН с различными показателями ФВ ЛЖ у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Материал и методы. В исследование были включены 56 пациентов с ХСН I-III стадии, I-III функционального класса (ФК). Среди данной выборки 33 пациента имели сохраненную фракцию выброса ($\geq 50\%$), 12 - промежуточную (40-49%) и 11 - низкую ($<40\%$). Группы были сопоставимы по стадиям и функциональным классам ХСН. Средний возраст пациентов составил $59,6 \pm 8,4$ лет. У 29% пациентов развитие ХСН было обусловлено артериальной гипертензией (АГ), у 71% - АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Результаты. Согласно представленным данным среди пациентов с ХСН-сФВ преобладают женщины старше 60 лет с АГ и избыточной массой тела. ХСН с промежуточной и низкой ФВ встречается намного чаще у мужчин без ожирения в той же возрастной группе. АГ как единственный этиологический фактор ХСН среди пациентов с ФВ менее 50% отмечается редко, однако доля пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в данной популяции резко возрастает.

Заключение. Таким образом, тяжесть клинического течения ХСН не зависит от ФВ ЛЖ. Эпидемиология и этиология ХСН-сФВ имеет принципиальные отличия от ХСН-прФВ и ХСН-нФВ. ХСН-сФВ чаще встречается среди женщин старше 60 лет с АГ и ожирением. Для пациентов с ХСН-сФВ характерно ремоделирование миокарда по типу концентрической гипертрофии и преобладание нерестриктивных типов диастолической дисфункции.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ФАМОТИДИНА И ОМЕПРАЗОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Каланова Н., Зуфаров П.С., Якубов А.В.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время в базисной терапии язвенной болезни, согласно Маастрихтским соглашениям, ведущее значение среди антисекреторных препаратов имеют блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонной помпы.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности блокатора H_2 -гистаминовых рецепторов 3 поколения фамотидина и омепразола при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Клинические исследования проводились на 48 больных язвенной болезнью 12-перстной кишки инфицированных *H.pylori*. Больные были разделены на две группы наблюдения. Больные первой группы получили стандартную "тройную" терапию с использованием омепразола по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицина и амоксициллина в течении 7 дней. Вторая группа больных принимали фамотидин по 40 мг однократно, кларитромицин и амоксициллин течение 7 дней. Всем больным в начале лечения и в динамике через 2 недели проводили определение концентрации соляной кислоты и пепсина. Оценку состояния слизистого барьера изучали определением в желудочном соке содержания сиало- и фукомуцинов и нерастворимого слизистого геля. *H.pylori* определяли общепринятым "быстрым" уреазным тестом.

Проведенные исследования показали, что обе использованные схемы противоязвенной, тройной терапии все больные переносили удовлетворительно - не наблюдались отрицательные проявления терапии, что потребовало бы отмены лечения. При применении тройной терапии на основе фамотидина, динамика кислотно-пептической агрессии и эрадикация *H.pylori* практически не отличался от эффективности тройной терапии на основе омепразола.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Камалова Ё.А.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Несмотря на всеобщие усилия артериальная гипертония остается одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем. Последнее обстоятельство связано как с широким распространением этого заболевания, так и с тем, что повышенное давление способствует развитию важнейших сердечно-сосудистых катастроф, приводящих к высокой смертности во всем мире (инфаркт миокарда и мозговой инсульт).

Цель работы: изучить современные подходы к назначению лечебной физической культуры при гипертонической болезни на стационарном этапе.

Материалы и методы исследования: нами были обследованы 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин от 45 до 60 лет). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу входили 16 пациентов с гипертонической болезнью, которые получали традиционную медикаментозную терапию. Во вторую группу входили 14 пациентов с гипертонической болезнью, которые наряду с традиционной медикаментозной терапией получали дополнительно лечебную физкультуру. В обеих группах систолическое артериальное давление варьировалось выше 150-170 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление - 90-100 и выше мм.рт.ст.

На ЭКГ- тахикардия, гипертрофия левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Жалобы на периодические головные боли, сонливость, гиподинамия отмечалось у 14 (47%) больных, головокружение, боли в области сердца отмечалось у 10 (33%) больных. Тошнота, мелькание мушек перед глазами, утомляемость наблюдалось у 6 (20%) больных. ЛФК при гипертонической болезни имеет ряд отличительных особенностей. Занятия ЛГ проводились по щадящему двигательному режиму групповым методом.

Результаты: в занятиях лечебной гимнастики использовались общетонизирующие упражнения для средних и крупных мышечных групп, с полной амплитудой движений в суставах, с исходного положения сидя и стоя, в среднем темпе, количество повторений 6-8 раз. Также больные выполняли упражнение на расслабление, на равновесие, координацию движений, тренировку вестибулярного аппарата, использовали гимнастические предметы, снаряды, дыхательные упражнения.

Результаты исследования показали что, у больных первой группы отмечалось улучшение состояния, снижение АД, улучшение показателей ЭКГ, но после физических нагрузок наблюдалось повышение АД у 22 больных (73,3%). У больных второй группы на ЭКГ отмечалось улучшение метаболических процессов миокарда, улучшилось толерантность к физическим нагрузкам, что привело к снижению дозировок гипотензивных препаратов у 8 больных (26,7%)

Выводы: лечебная физкультура является важным резервом повышения эффективности терапии артериальной гипертонии.

TREATMENT OF THE ACNE DISEASES WITH LASER THERAPY.

Khalitov I.I., Kurbanova M.A., Abbaskhanova F.X., Nurmatova I.B.

Tashkent medical academy

Acne - common acne (acne vulgaris) - this is one of the most common skin diseases, which manifests itself in the form of rashes on the skin of the face, chest and back. This disease occurs in 70-90 percent of adolescents, but the prevalence of acne is increasing among adults, especially among women. Acne is a problem that not only leaves scars, but over time can also cause acne, stimulating the appearance of sebaceous glands of the skin and increased reproduction of fat cells. During the ripening period, the amount of sex hormones in the body rapidly increases - any stress, internal stress, emotional experiences can lead to its even greater increase, and this leads to activation of the growth of acne (acne). Fat cells, their accumulations and dead skin cells stick together with each other and form plugs - pores of the skin that look like white or blackheads are clogged, teenage acne appears. The conditions are created for the rapid multiplication of skin bacteria, and this leads to inflammation and infection.

Hormonal imbalances, menstrual cycles, pregnancy, oral contraceptives, lack of proper skin care (non-compliance with hygiene standards, use of unsuitable cosmetics), stresses (stress experienced at work and in everyday life can affect the occurrence of inflammatory rashes) can also provoke the appearance of rashes.

The German-made Asclepion MeDioStar NeXT laser effectively treats acne (proven by clinical studies), which manifests itself in the form of inflammation (purulent and cystic acne). The infrared rays emitted by the laser penetrate the skin deep enough to reach the hair follicles and sebaceous glands - the heat emitted by the laser destroys the colonies of propionibacterium acne (acne pathogens). In the presence of an inflammatory rash, the heat created by laser radiation in the ulcers disrupts microcirculation in the focus of inflammation, therefore, redness decreases. Heat also destroys the proteins of the walls of bacteria that have accumulated in the sebaceous glands, due to which the laser also has an antibacterial effect. Thus, a double-radiation laser accelerates healing and reduces the likelihood of the formation of new inflammatory rashes.

Socially isolate and exert psychological impact. To achieve a therapeutic effect, the number of procedures is selected individually. For laser treatment of mild to moderate acne, 1-2 procedures are sufficient. For the treatment of inflammatory acne in the active phase, 4-5 procedures are most often performed.

Depending on the size of the damage after the treatment, redness, swelling of the skin and / or a felt sensation of heat can occur, which disappears after 1-2 days. The formation of crusts or vesicles, which cannot be manipulated, can be observed.

Avoid exposure to the sun or intense exposure to the sun (tanning bed) on the treated site without using UV protection for at least 6 weeks. Use sunscreen (at least SPF 50) if you have to spend a long time outdoors.

Within 24 hours after the completion of the procedure, cosmetics should not be applied to the treatment site.

Cleansers, cleansers should be mild, not containing alcohol. Avoid using products that dry the skin. Moisturizing is necessary for both dry and oily skin.

For skin care, special cosmetics should be used, which is created taking into account skin problems and the mechanism of acne. Treatment procedures always carry a certain amount of risk. Usually, only a few complications are typical for such treatment:

Sometimes pigmentation changes may occur (the treatment site may become lighter or darker compared to the surrounding skin), but most often this lasts from several weeks to several months.

Occasionally, visible scars or fissures of the skin may form.

References:

1. LASER correction of malarphyma & a brief review of literature
2. Ali Arnaout, Thomas Dobbs, Jeremy Yarrow, Richard Logan, M.S.C. Murison
3. JPRAS Open. 2017;11(C):14-19 DOI 10.1016/j.jprra.2016.11.004
4. To the improving of high-tech medical care access for the patients with severe dermatoses
5. G. M. Gaidarov, N. M. Rudykh, N. Y. Alekseeva
6. Acta Biomedica Scientifica. 2017;2(3):70-74 DOI 10.12737/article_59f035fd943990.66638992
7. Assessment of anxiety and depression in adolescents with acne vulgaris related to the severity of clinical features and gender
8. Nermina Kurtalić, Nermina Hadžigrahić, Husref Tahirović, Sena Šadić
9. Acta Medica Academica. 2010;39(2):159-164
10. TRANSFER LEARNING FOR IMAGE CLASSIFICATION OF PRIMARY MORPHOLOGICAL ELEMENTS OF SKIN LESIONS
11. T. A. Polevaya, A. A. Filchenkov, I. A. Saitov, R. A. Ravodin
12. Naučno-tehnički Vestnik Informacionnyh Tehnologij, Mehaniki i Optiki. 2019;19(2):333-339 DOI 10.17586/2226-1494-2019-19-2-333-338

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Камолова Ф.Дж., Акбарова Д.С.

Ташкентская медицинская академия

Согласно современным руководствам антагонисты лейкотриеновых рецепторов в качестве монотерапии могут применяться при легкой персистирующей бронхиальной астме (БА) как один из альтернативных вариантов лечения. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов могут быть добавлены к терапии ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) при средне-тяжелом и тяжелом течении бронхиальной астмы в случае недостаточного контроля заболевания. Такая рекомендация основана на доказанном аддитивном эффекте антагонистов лейкотриеновых рецепторов у больных БА, получающих ИГКС.

Цель исследования: оценивали клинико-функциональные эффекты добавления к лечению препарата Мотеки (монтелукаст) 10 мг/сут при БА, не полностью контролируемой терапией ИГКС – Фликсотид (флутиказон) 250 мкг 2 раза в сутки.

Материалы и методы исследования: больные (n=36) с объемом форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) 50-85% от должного и наличием симптомов БА несмотря на ингаляционное применение фликсотиды были разделены на три группы: 1-группа Мотеки 10 мг/сут+ Фликсотид 250 мкг 2 раза в сутки, 2-группа Фликсотид 250 мкг 2 раза в сутки, 3-группа Мотеки 10 мг/сут.

Результаты и обсуждение: добавление Мотеки к терапии Фликсотидом привело к достоверному увеличению ОФВ₁, уменьшению дневных и ночных симптомов. При терапии только Мотеки контроль БА несколько ухудшился.

Таким образом, при сочетанном лечении ИГКС и антагонистов лейкотриеновых рецепторов их эффекты суммируются, позволяя достичь лучшего контроля БА.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ

Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Определить критерии анатомического и функционального состояния мочеточника у детей с врожденным уретерогидронефрозом (УГН).

Материал и методы. В основу работы положены результаты анализа обследования и лечения 184 больных с врожденным уретерогидронефрозом. Детей от 4 месяцев до 1 года было 7, от 1 года до 3 лет – 20, от 4 до 7 лет – 24, от 8 до 11 лет – 19 и от 12 до 15 лет – 14 больных. Использованы способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника, длины мочеточника и диаметров верхней, средней и нижней трети мочеточников.

Результаты. Математический анализ показал, что при уретерогидронефрозе в зависимости от возраста средние значения VMO при 2 степени колебались от 14,7±2,3 до 47,3±10,5. Показатели RMO равнялись от 1,1±0,4 до 1,4±0,3. При 3 степени имели значения от 67,4±7,7 до 79,3±5,5. Показатели RMO были равны от 1,1±0,4 до 1,4±0,3. Длина и диаметр мочеточника, в зависимости от степени заболевания также имели тенденцию к увеличению абсолютных чисел.

По данным рентгенологического обследования, при II степени уретерогидронефроза происходило выраженное расширение цистоидов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении, с формированием 1-2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН III степени, в связи с резким расширением и удлинением мочеточника, количество коленообразных изгибов длиной в 2-3 см. увеличивалось до 3-4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН III стадии на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5-6 коленообразных изгибов длиной до 4-5 см.

Выводы. Проведенный математический анализ экскреторных урограмм и цистограмм позволил сделать следующее умозаключение. Рентгенопланиметрические данные увеличиваются в зависимости от степени УГН. В зависимости от возраста меняются такие показатели как длина мочеточника и объем обструктивно измененного мочеточника. Расширение диаметра мочеточника зависит от степени заболевания. Следовательно, обструктивно измененный мочеточник в зависимости от степени УГН с возрастом не расширяется, а удлиняется. Данные экскреторной урографии выявили, что чем выраженнее обструкция и старше ребенок, тем больше страдает почка и мочевые пути. Критериями оцен-

ки анатомического и функционального состояния органов мочевой системы при врожденном уретерогидронефрозе являются диаметр верхнего, среднего и нижнего сегментов мочеточника, его длины, РМО и ВМО.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ASPERGILLUSSPP СРЕДИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ

Каримова Д.С., Козимова К.М., Нурматова Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Ежегодно в Узбекистане от осложнений бронхиальной астмы (БА) умирают около 1000 человек в год, что составляет 5,84 на 100 000 больных. Распространенность аллергического бронхопульмонального аспергиллеза и БАС грибковой сенсбилизацией в Узбекистане составляет 2.8 и 3.7 на 100 000 больных, соответственно. Чрезвычайно важна информация о региональных особенностях штаммов грибов к существующим антимикотикам, т.к., учитывая частые критические ситуации, требующие немедленного назначения антимикотиков, возникает необходимость назначать эмпирическую противогрибковую терапию, не дожидаясь определения чувствительности к антимикотикам.

Цель исследования - определить распространенность различных видов *Aspergillus* spp. среди больных БА и оценить их чувствительность к антимикотикам.

Материалы и методы. На базе НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз было обследовано 42 больных БА до лечения. Диагноз БА ставили на основании анамнеза, жалоб, клинического осмотра и результатов лабораторных и инструментальных исследований. *Aspergillus* spp. диагностировали микологическим методом посева в среду СобоуроАгар. Идентификацию вида *Aspergillus* spp. проводили методом микроскопии выделенных культур. Результаты подтверждали методом ИФА, путем определения IgG антител к *Aspergillus* spp. (ООО Вектор-Бест, Россия). При наличии *Aspergillus* spp. в мокроте определяли чувствительность выделенных грибов к антифунгальным препаратам в условиях *in vitro*. Статистическую обработку проводили с помощью программы OriginPro 6.1.

Результаты. Из 42 больных БА *Aspergillus* spp. определили у 16 (38,0±7,4%), из них 8 (50,0±12,4%) *Aspergillus fumigatus*, 4 (25,0±10,8%) *Aspergillus niger* и 4 (25,0±10,8%) *Aspergillus flavus*. У 5 (11,9±4,8%) и 2 (4,7±2,1%) больных БА определили неопильный рост *Candida* spp. и одновременный рост *Aspergillus fumigatus* *Candida* spp. соответственно. IgG к *Aspergillus* spp. был положительным у 28 (66,7±7,2%) больных БА. Все выделенные виды *Aspergillus* spp. были высокочувствительны к амфотерицину В, вориконазолу и нистатину. Среднюю чувствительность *Aspergillus* spp. определяли к кетоконазолу и флюконазолу. Резистентных видов *Aspergillus* spp. не выявляли.

Выводы. Преобладающим видом *Aspergillus* spp. у больных БА является *Aspergillus fumigatus*, выявляемый в 50% случаев. Чувствительность к антимикотическим препаратам сохранялась во всех случаях, наиболее активными антимикотическими препаратами являются амфотерицин В, вориконазол и нистатин.

A COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF BOTULISM

Karomov M.N., Maqsudova Z.S., Buribaeva B.I.

Tashkent medical academy,

Tashkent pediatric medical institute

Food poisoning is one of the global problems of humanity, and according to the World Health Organization, about 200 diseases are caused by the consumption of substandard food and non-tap water. One of the most serious forms of food poisoning is botulism. The disease is so severe that it can be fatal, and it is becoming increasingly important to fight it.

The aim of the study: A comparative study of the incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan over the past 7 years.

Research methods: Analysis of data on botulism incidence from 2012 to 2018 from the State Center for Sanitary and Epidemiological Surveillance of the Republic of Uzbekistan.

The results and discussion: According to the analysis of data from the State Center for Sanitary and Epidemiological Surveillance of the Republic of Uzbekistan, the incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan is almost the same. Only in 2018, the occurrences on the rate decrease by 1.2 times compared to 2012. An analysis over the years show the highest figure is in 2017 (43 cases) and the highest number of cases in 2012-2018 was in Kashkadarya (5.9±1.1) and Samarkand (5.7±0.54) regions. Fergana (3.9±0.4), Namangan (3.7±0.83) regions, Tashkent city (3.4±0.6), Tashkent region (3.3±0.75), Jizzakh (3.3±1.0) average number of cases in the regions. In Andijan (1.7±0.8), Bukhara (1.1±0.85), Surkhandarya (1.3±0.52) and Syrdarya (1.3±0.53) regions, the indicator was low. In 2014, only 1 case of botulism was observed in Khorezm. In the Republic of Karakalpakstan, the incidence of botulism has averaged 0.4±0.02 over the past 7 years, with only 1 in 2016, 2017 and 2018. The next stage of the research botulism is observed due to the context of the study showed that the annual household consumption of cucumbers, tomatoes and tinned botulism which is the main reason why the disease (71.3±2.2%). Food poisoning was also associated with home consumption of canned vegetables (16.5±2.4%) and eggplant caviar (7.3±1.8%). Rare causes include fruit jam, compote, smoked fish, smoked sausage, canned green peas, and pickled goat meat.

Conclusion. Incidence of botulism in the Republic of Uzbekistan for the last 7 years is the same, there is no tendency to decrease or increase. Between the years 2012-2018 the leading factors that cause botulism unchanged over the years remains a homemade canned cucumbers, tomatoes (71.3±2.5%). This highlights the need to strengthen sanitation among the population and improve water supply. During the last 2 years, mortality decreased by 4.3 times (in 2018, 3 deaths). This indicates an improved diagnosis of botulism.

БАДАНТАРБИЯ, ПАРҲЕЗ, САУНА-СОҒЛОМ ҲАЁТНИНГ УЧ ОМИЛИ

Кахрамонова М.Ш., Усмонов К. З., Факиров А. З.

Тошкент тиббиёт академияси

Статистикага қараганда ҳар кунлик, югуриш ва соғлом турмуш тарзи кексайишни 12-15 йилга ортга суриб қобилиятини 23-45,0% гача ошириб, касалланиш эҳтимолини 50,0-100,0 % га камайтиради.

Танада 4-5 кг ортиқча вазн бўлиши ўлим ҳолатини 8,0% га, 9 кг эса 18,0%га, 13,5-15,0кг-28,0% га, 22 кгдан ортиқча вазн эса 56,0% га оширади. Семиришининг энг яхши давоси –жисмоний фаоллик, яъни югуриш ҳамда парҳездир. Академик

В. Я. Адонинг фикрига кўра инсон вазни бўйи узунлигидан 100 рақамини олиб ташлаганига тенг бўлиши идеал қомат ҳисобланади. Демак сизнинг бўйингиз 167 см бўлгани ҳолда вазнингиз 63,65 кгдан 70,35 гача бўлиши лозим. Инсон агар меъёрда овқатланиб, кўп ҳаракат қилса организм ўзи учун зарур бўлган моддаларни олиб, кераксизини ёқиб юборади. Бугун рўйи –замин аҳолисининг 6/1 қисми озиқ овқатга ёлчимагани ҳолда, аксарият ривожланган давлатлар аҳолисининг 20-30,0% қисми ортиқча вазндан азоб чекмоқда. Югуриш-барча жисмоний фаолликларнинг шоҳи бўлиб, инсоннинг барча аъзо ва тизимлари фаолиятини яхшилайдди. Ўпканинг тириклик сиғими оддий одамларда 3-4 литрни ташкил этгани ҳолда спортчиларда у 5-8 литрни ташкил этади. Нафас йўллари ўтказувчанлиги икки ҳисса ошади, уларнинг диаметри 1,5 баробаргача кенгайди. Ўпкаси чиниққан одамларга сил, бронхит, зотилжам, астма каби сурункали дардлар йўламайди. Бугун ер шари аҳолисининг қарийб 12,0% қисми сурункали бронхитдан, 3,6% қисми бронхиал астмадан азоб чекади. Бугунги кунда юрак –қон томир тизими касалликлари ўлимга олиб келувчи ҳолатлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Мана шу касалликларнинг барчаси камҳаракатлилик ва ортиқча вазнининг асоратидир. Менга турли касалликлар билан мурожаат қилаётган беморларнинг қарийб 3/1 қисмида сурункали қабзиятлар, ўт қопининг қийшайиши, пешоб ажратиш ва тутишда муаммолар, ичаклар метеоризм, бачадоннинг қийшайиши каби патологик ҳолатларни аниқлайман. Буларнинг барчаси қорин девори мушаклари заифлашиши оқибатида қорин ичидаги босимнинг пасайиб кетишидандир. Қорин, чаноқ ва қорин орти бўшлиғидаги ҳар қандай аъзо ва тизимлар қорин ичидаги босим ҳисобига ишлайди. Агар одам жисмоний жиҳатдан шуғулланмай кўйса, мушакларнинг маълум қисми ёғ тўқималари билан алмашилиб кетади. Меъёрда ўртача эркалар вужудининг 36-38% қисми, аёлларда эса 30-32% қисмини мушаклар ташкил қилади. Спортсменларда эса бу кўрсаткич 40,0% дан ошади. Шуғулланмаганларда эса қорин ичида аъзолар меъёрий фаолияти учун етарлича босим ҳосил бўла олмайди, натижада ўт қопи, бачадон қийшайди, ичаклар қисқариши сустлашиб, дам бўлиши ва қабзият ҳосил бўлади, пешоб найлари ва қовуқ етарлича қисқармаганлиги боис тошлар йиғилади, Югуриш –ҳамма дардларни бартараф этади. Простата безининг турли –туман яллиғланишлари эркаларнинг 18,-20,0% қисмида учрайди.

Инсон саломатлиги, умуртқа поғонасининг бевосита шакли, ҳолати билан боғлиқ. Шу боисдан ҳам тонуси сақланган, тик умуртқа поғонасининг меъёрий ҳолати юзлаб бўғимлар, боғламлар, пайлар, икки юздан ортиқ мушаклар тонусига боғлиқ. Танадаги мушаклар қанчалик кучли ривожланган инсон қадди –қомати ҳам шунчалик гўзал кўринади. Бунинг учун бел, кўкрак қафаси ва қорин олд девори мушакларини бақувват қилувчи бадантарбия машғулотлари билан мунтазам шуғулланиш лозим. Югуриш эса шу спортнинг энг қудратлиси ва арзонидир.

Ҳар кун ичун 90-100 дақиқа мобайнида, етарли жадалликда югуриш депрессия неврозлар, уйқунинг бузилиши, асабийлашиш каби аср касалликларининг аксариятидан халос этади. Узоқ муддатлик жадал югуриш билан шуғулланиш натижасида инсоннинг мия тўқималарида эндорфин кўп миқдорда ишлаб чиқарилади экан. Мазкур гормон инсон ўзини бахтли ҳис қилишини таъминлайди.

Саунага мунтазам тушиш ҳам саломатликнинг асосий омилларидан биридир. Саунада кўп миқдорда доривор ўтлар дамламаси, чой, шарбатлар ичиш лозим. Саунада 10 минутдан кам бўлиш чиниқишга олиб келолмаслиги исботланган. 10 дақиқа мобайнида тери ташқи қатлами 39 даражагача ошади, бу эса тери ости ёғ ва мушак қатламларида ҳароратнинг 38 даражагача кўтарилишини таъминлайди. Бунда моддалар алмашинуви кескин кучаяди, мушакларда йиғилиб қолган сут кислотаси ажралиши зўраяди. Подагра ва остеохондрозда саунанинг ўрни беқиёс. Бунда йиғилган тузлар эриб, тер орқали чиқиб кетади ва организм тозаланади, аъзо ва тўқималарда қон айланишини яхшилайдди. Сауна ўпкаларнинг сурункали касалликлари – бронхиал астма, сурункали бронхит, зотилжамларда ўпкаларда қон айланишини яхшиланади. У қон айланишини яхшилаши ҳисобига хафақоннинг дастлабки босқичларида қон босимини мувозанатлайди. Замонавий одам бир аср муқаддам яшаган одамга қараганда калорияси қарийб икки баробар кўп бўлган озиқ овқат маҳсулотларни истеъмол қилмоқда. Агар 19 асрда ер юзида бажариладиган ишнинг 95% қисми жисмоний меҳнат, 5% қисми эса механизация ва электрификация билан бажарилган бўлса, 20 асрга келиб бу кўрсаткич бутунлай тескари тус олди. Ортиқча вазн ва камҳаракатлик балоси аср-вабосига айланиб бормоқда. Айнан мана икки инсониятнинг улкан душманлари юрак қон томир, асаб тизими хасталиклари моддалар алмашинувининг бузилиши таянч- ҳаракат тизими хасталиклари келтириб чиқармоқда.

“Агар умуртқа поғонанг тўғри бўлса, кексайишдан кўрқмагин”- дейди қадимий Хитой ҳақимлари. Умуртқа поғонаси тўғри бўлиши авваломбор жисмоний ҳаракатга, овқатланиш режимини меъёрлашга боғлиқ.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ

Козимова К.М., Каримова Д.С., Нурматова Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Бронхиальная астма, заболевание давно известное в медицине, в конце XX века стало серьезной проблемой здравоохранения почти во всех странах мира. Распространенность ее в течение текущего столетия неуклонно возрастала, и к настоящему времени регистрация бронхиальной астмы достигла 10% среди детской популяции населения Земли. Согласно современным представлениям, бронхиальную астму рассматривают как самостоятельную нозологическую форму, при которой развивается хроническое аллергическое воспаление, сопровождающееся обратной бронхиальной обструкцией и гиперреактивностью бронхов.

В настоящее время рядом с изучением основного механизма развития бронхиальной астмы стали привлекать внимание факторы, усугубляющие риск развития болезни и частоту обострений при их воздействии. К их числу относятся и вирусы, а так же другие инфекционные агенты. Персистирующая цитомегаловирусная инфекция вызывает выраженные изменения, в связи с чем, крайне актуальными становятся исследования по установлению роли цитомегаловирусов развитии аллергических заболеваний. Вышеизложенное обуславливает необходимость раннего выявления ЦМВ с использованием информативных диагностических критериев и детального изучения влияния цитомегаловирусной инфекции на формирование и течение БА у детей.

Цель исследования явилось определить выявляемость цитомегаловирусной инфекции с различными методами диагностики у детей с бронхиальной астмой.

Материалы исследования. Было обследовано 40 детей, больных страдающей бронхиальной астмой, поступивших в Республиканском Аллергологическом Центре в возрасте от 5 до 15 лет, которые из них 43,5% составили девочки, 56,5% - мальчики. У 41,5% детей диагностировалась легкая степень БА, у 46,6% - средняя и у 12,5% - тяжелая. Проведено общеклиническое обследование и наблюдение больных, сбор анамнеза. При обследовании детям проводилось определение фрагментов ДНК *Cytomegalovirus* в мокроте методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) и определение специфических антител класса М и G к ЦМВ в сыворотках крови методом ИФА.

Результаты и их обсуждения. Результаты исследования показали, что в группе больных бронхиальной астмой антитела класса G к ЦМВ отмечались в 52% случаев, когда как класса М определены всего лишь в 3,6% случаев. При исследовании мокроты у детей с БА, наличие ДНК ЦМВ обнаружено в 37% случаев. Редкая встречаемость антител класса М к ЦМВ инфекции, манифестирующих первичное инфицирование и такое сочетание антител класса G, характеризующих дальний контакт с инфекционным агентом и с достаточно частым выделением фрагментов его ДНК из мокроты больных, может свидетельствовать о хронической персистенции цитомегаловируса у детей с бронхиальной астмой. При обследовании детей, больных, выделяющих фрагменты ДНК цитомегаловируса с мокротой, отмечается более тяжелое течение бронхиальной астмы: в 2 раза чаще встречается тяжелая и среднетяжелая формы заболевания и в 4 раза реже легкое течение БА.

Заключение. Бронхиальная астма на фоне цитомегаловирусной инфекции характеризуется более тяжелым поражением бронхов и легких с характерным развитием двух взаимоусугубляющих процессов, что логически увеличивает риск развитие дыхательной недостаточности у данной категории больных детей. Это предопределяет необходимость профилактики, раннего выявления ЦМВ, с использованием разработанных информативных диагностических (клинических и лабораторных) критериев, и своевременной элиминации ЦМВ у детей, больных с БА.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОНЦИДОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Костышин Л.В., Мыхайлюк Н.В., Сахацкая И. М., Федюк В.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Украина

Многочисленные инфекции бактериальной этиологии, которые ранее приводили к смерти миллионов людей, сегодня излечиваются антибиотиками без проблем. Существует большое количество полусинтетических антибиотиков, которые отличаются модификациями функциональных групп от природных антибиотиков. Но острая респираторная вирусная инфекция остается одной из немногих инфекционных болезней, которая имеет тенденцию не до снижения, а наоборот возникать ежегодно и приводить к осложнениям.

Целью работы стало определить целесообразность использования фитонцидов при инфекционных заболеваниях.

Фитонциды - это антибиотики из высших растений, еще мало изучены. Они играют важную роль в иммунитете растений и во взаимоотношениях организмов в биогеоценозах. Защитная роль фитонцидов проявляется в уничтожении микроорганизмов, задерживать их рост, размножения. Фитонциды содержат такие лекарственные растения как пихта, сосна, ель, лук, чеснок, хрен, зверобой. Лечебные средства из хвои имеют значительные биоактивные и бактерицидные свойства. Ими лечат язвы желудка, ожоги, обморожения, болезни кожи. Мощностью и спектр антимикробного действия фитонцидов разнообразны. Защитная роль фитонцидов проявляется не только в уничтожении микроорганизмов, но и в подавлении их размножения, в отрицательном хемотаксисе. Проведя маркетинговое исследование, определили, что на фармацевтическом рынке Украины зарегистрировано около 20 наименований лекарственных средств в слад которых входят фитонциды, что составляет около 19% от всего количества средств, которые используются при респираторных вирусных инфекциях. По компонентности среди фитопрепаратов данной группы представлены монокомпонентные и многокомпонентные препараты. Исследование фармацевтического рынка по части вклада различных лекарственных форм выпуска показали, что фитопрепараты представлены в 8 различных лекарственных формах. Наибольшая часть принадлежит пастилкам и сосательным таблеткам (38%), настойкам (35%), меньшую часть занимают жидкие экстракты и капли (15%), сборы и гранулы, аэрозоли занимают 12%. Фитонциды имеют ряд преимуществ: практически не токсичны, поэтому не имеют губительного воздействия на микрофлору и другие органы, используются при хронических заболеваниях, могут использоваться длительно, кроме того сопутствующие вещества часто стимулируют иммунитет или усиливают защитную систему организма.

Таким образом, использование фитонцидов является перспективным, как в период заболевания, так и с целью профилактики, поскольку сопутствующие вещества стимулируют иммунитет или усиливают защитную систему организма.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ

Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.

Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема СПКЯ в настоящее время приобретает особенную актуальность в связи с ухудшением демографической ситуации в стране и повышением частоты ожирения особенно у молодых, которая достигает 15,0-20,0%. Результаты многих исследований и повседневная клиническая практика привели к тому, что на протяжении последних десятилетий СПЯ стали рассматривать не только как гинекологическое заболевание, но и как метаболическое, связанное с высоким риском развития нарушений обмена глюкозы и липидов.

Цель. Изучить состояние липидного спектра у женщин, страдающих бесплодием на фоне синдрома поликистозных яичников.

Материалы и методы. В исследовании были включены 110 женщин с бесплодием различного генеза, в том числе 40 женщин с синдромом поликистозных яичников, 20 женщин, у которых бесплодие возникло вследствие гипоплазии матки и 40 женщин с эндометриозом. Группу контроля составили женщины с нарушенной репродуктивной функцией. В динамике менструального цикла и в процессе лечения определяли содержание эстрадиола, прогестерона, тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина в плазме

крови радиоиммунологическим методом, а также липидный профиль. Биохимические исследования проводились на биохимическом анализаторе.

Результаты. В ходе исследования было выявлено достоверное повышение липопротеидов низкой плотности и коэффициента атерогенности, а также снижение липопротеидов высокой плотности у женщин с сочетанными формами бесплодия по сравнению с женщинами с ненарушенной репродуктивной функцией.

У пациенток контрольной группы было отмечено повышение уровня общего холестерина - $144,3 \pm 17,4$, тогда как этот показатель в основной группе составил $139,4 \pm 18,3$. Было отмечено также повышение концентраций триглицеридов и ЛПНП у пациенток основной группы - $78,2 \pm 9,4$ и $88,46 \pm 6,9$, соответственно. Что касается коэффициента атерогенности, то в ходе исследования было выявлено увеличение его у женщин основной группы, что составило $2,3 \pm 0,1$.

Вывод. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что недостаточность лютеиновой фазы приводит к увеличению содержания в периферической крови ЛНП -плотности и коэффициента атерогенности, что может стать причиной развития метаболического синдрома у женщин с СПКЯ.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Курбоналиева З.С., Яхяева К.З., Толипова Н.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: В детской нефрологии понятие ХБП впервые представлено R. Hogg и соавт. в 2003 г. в журнале "Pediatrics". Основным смыслом перехода на более широкое понятие ХБП заключался в совершенствовании донозологической диагностики, развитии профилактического направления, что позволит существенно замедлить прогрессирование данной патологии.

В этиологии хронических почечных патологий доказана роль инфекции, равно как и восприимчивости к ней. Инфекционные заболевания часто имеют тенденцию перехода во вторичные патологические процессы в различных органах и системах, являясь основным звеном возникновения почечной патологии у детей, основная роль принадлежит стрептококковой инфекции.

Цель. Установление прямой связи между инфекционными заболеваниями и возникновением почечной патологии у детей,

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 32 детей от 6 до 16 лет с различными почечными патологиями в отделении нефрологии в 1 клинике ТМА. Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Было выявлено, что к развитию почечной патологии у детей способствует наличие очагов инфекции у детей, частые респираторные заболевания и повышенная восприимчивость организма. Из анамнеза у детей с хронической болезнью почек были выявлены перенесенные ранее: стрептодермия и тонзиллит - 15 (46%); частые респираторные инфекции - 7 (21,8%); острый лимфаденит - 6 (18,7%); острый риносинусит - 4 (12,5%). В 38% случаев стрептококковая этиология заболевания была подтверждена высевом гемолитического стрептококка со слизистых оболочек. Таким образом основную роль в возникновении хронической болезни почек у детей занимает стрептококковая инфекция, в результате чего можно провести прямую связь между стрептококковыми инфекциями, восприимчивым организмом и дальнейшим возникновением почечной патологии у детей.

Выводы. В результате исследования была проведена прямая связь между инфекционными заболеваниями, в частности стрептококковой инфекции, респираторными заболеваниями и возникновением почечной патологии у детей. Следует особое внимание обратить на стрептококковые инфекции и респираторные заболевания, важно своевременно проводить санацию очагов инфекции, что послужит так же профилактическим мероприятием почечной патологии у детей.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Курбонова З.Ч., Бабаджанова Ш.А., Мусаева Н.Б.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на большое количество исследований в мире, посвященных изучению ранней диагностики, лечения, прогноза осложнений хронических вирусных гепатитов и циррозов печени, в последние годы в литературе продолжают дискутироваться вопросы о прогностической значимости ряда гемостатических показателей, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования, особенно, в части раннего выявления заболевания. По последним данным, изменения гемостаза при заболеваниях печени затрагивают как прокоагулянтную, так и антикоагулянтную системы и вследствие сниженного резерва каждой из этих систем он легко смещается в сторону гипо- или гиперкоагуляции.

Цель исследования. изучение особенностей нарушения функции тромбоцитов у больных с хроническими гепатитами и циррозами печени вирусной этиологии.

Материал и методы исследования. Данная работа выполнялась в отделениях гепатобилиарной патологии и гематологии многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии с 2016 по 2019 годы. Все больные подразделены на 5 групп: I группу составили 30 больных ЦП HBV этиологии, II группу 20 больных ЦП HBV и HDV этиологии, III группу - 30 больных ЦП HCV этиологии. IV и V группы включали 32 больных с вирусным гепатитом В и 30 больных вирусным гепатитом С соответственно. Из них мужчин - 70 (58,33%) и женщин - 50 (41,67%), средний возраст обследованных составил $49,4 \pm 12,9$ лет. Контрольную группу составляли 20 здоровых лиц. В исследовании использованы гематологические, гемостазиологические, ПЦР исследования крови, а также методы вариационной статистики.

Результаты исследования. Изучение адгезивной способности тромбоцитов выявило достоверное снижение данного показателя во всех трех группах с циррозом печени вирусной этиологии. По данным исследования, адгезивное свойство тромбоцитов в 1 группе составило $17,95 \pm 2,0\%^*$, во 2 группе $17,23 \pm 1,7\%^*$, в 3 группе $14,77 \pm 1,1\%^{**}$, тогда как показатель адгезивной способности тромбоцитов контрольной группы составил $26,35 \pm 3,2\%$. Изучение показателей адгезивной способности тромбоцитов у больных хроническими вирусными гепатитами В и С составили $20,52 \pm 2,0\%$ и $23,60 \pm 1,7\%$ соответственно.

Изучение агрегационных свойств тромбоцитов проводилось в двух разведениях гемолизат-агрегационного теста: первое разведение 10^{-2} (ГАТ 10^{-2}) и второе разведение 10^{-6} (ГАТ 10^{-6}). Так, в 1 группе время агрегации в двух разведениях оказалось удлинённым и составило $112,2 \pm 10,3^{***}$ с. и $138,0 \pm 8,7^{***}$ с. соответственно. Во 2 группе ГАТ 10^{-2} был $108,4 \pm 9,7^{***}$ с., ГАТ 10^{-6} составил $131,1 \pm 12,6^{***}$ с. В 3 группе ГАТ 10^{-2} составил $98,9 \pm 8,3^{***}$ с., ГАТ 10^{-6} составил $131,2 \pm 11,6^{***}$ с. В контрольной группе эти показатели были следующие: ГАТ 10^{-2} $15,5 \pm 0,8$ с. и ГАТ 10^{-6} $32,8 \pm 1,4$ с. Вышеизложенное, свидетельствует о том, что время агрегации тромбоцитов в группах больных циррозом печени вирусной этиологии, оказалось достоверно удлинённым по сравнению с контрольной группой. В 4 группе больных с ХГВ показатель ГАТ 10^{-2} был равен $37,6 \pm 2,7$ с, в 5 группе $35,4 \pm 2,2$ с. Показатели ГАТ 10^{-6} 4 и 5 групп были $73,9 \pm 8,9$ с и $62,3 \pm 5,8$ с соответственно. Эти результаты также достоверно отличались от показателей контрольной группы: ГАТ 10^{-2} $15,5 \pm 0,8$ с и ГАТ 10^{-6} $32,8 \pm 1,4$ с.

Выводы. Изучение показателей тромбоцитарного звена гемостаза показало наличие выраженных функциональных нарушений со стороны тромбоцитов при ЦП вирусной этиологии со снижением адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов. Эти изменения начинаются проявляться уже на стадии ХГ и достигают своего максимума при сформировавшихся ЦП.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ОСНОВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Курбонова К.Д., Зиёвиддинов М.К. Эгамбердиева С.М.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. На сегодняшний день железодефицитная анемия является одной из острых проблем для современной медицины, в том числе и для нашей Республики. Стоит отметить, что далеко не всегда уровень гемоглобина при анемии коррелирует с клиническими проявлениями заболевания. Около 80-90% пациентов с анемией на амбулаторном приеме предъявляют жалобы на нарушение зрения и симптомы в виде «мушек перед глазами», «затуманивание зрения» и другие.

Цель исследования. Разработать и определить информативность «Опросника офтальмологических симптомов анемии» для определения тактики ведения пациентов с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры Офтальмологии был разработан «Опросник офтальмологических симптомов анемии» (таб.1). Опросник представлен ниже, он состоит из 6 вопросов, которые определяют степень выраженности наиболее часто встречающихся офтальмологических симптомов при анемии.

Таблица 1

Опросник офтальмологических симптомов анемии

Баллы		0	1	2	3
№	Вопрос	«никогда» или постоянно	редко	при чтении или работе за ПК	часто без видимой причины
1	Бывает ли у вас «мушки перед глазами»?				
2	Отмечаете ли вы преходящее искажение предметов при чтении?				
3	Бывает ли у вас затуманивание зрения?				
4	Отмечали ли вы в течение последних 2-3 лет пожелтение склер?				
5	Отмечаете ли вы сухость, жжение или покраснение глаз?				
6	Отмечаете ли вы снижение слезоотделения?				

Пациенту предоставляется 4 варианта ответа: «никогда» или постоянно; редко; при чтении или работе за персональным компьютером (ПК); часто без видимой причины. После окончания теста баллы суммируются и коэффициент подсчитывается по формуле: $K = \text{сумма баллов} * 10/6$.

Результаты. Апробация теста была проведена в консультативной поликлиники Многопрофильной клиники ТМА в отделении Гематологии и СВП им. Ибн Сина. Проведено анкетирование 84 пациентов с разными степенями железодефицитной анемии. Результаты анкетирования показали, что у 22 пациентов с анемией I степени (гемоглобин 90 г/л или выше) коэффициент по опроснику был равен в среднем $5,5 \pm 0,5$. У 26 пациентов с анемией II степени (гемоглобин $70-90 \text{ г/л}$) коэффициент по опроснику был равен в среднем $12,5 \pm 1,5$. Наконец, у 36 пациентов с анемией III степени (гемоглобин менее 70 г/л) коэффициент по опроснику был равен в среднем $22,5 \pm 2,5$.

Таким образом, результаты анкетирования показали, что степень выраженности офтальмологических симптомов в целом коррелировала со степенью снижения уровня гемоглобина у пациентов с железодефицитной анемией. Опросник был разработан так, что ответ «постоянно» оценивается в 0 баллов для того, чтобы исключить пациентов, у которых указанные симптомы связаны не с общим заболеванием, а с патологией самого органа зрения.

Заключение. Разработанный «Опросник офтальмологических симптомов анемии» для определения тактики ведения пациентов с железодефицитной анемией может быть рекомендован для применения в амбулаторной практике для определения клинической выраженности анемии и определения терапевтической тактики ее лечения.

ОСТРАЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Куцева Д.Н., Шахзадова А.Р., Суюнов А.М., Рубанова М.Ф., Григорова А.Н., Минаев С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель. Оценка лечения острой гнойно-деструктивной пневмонии (ОГДП) в детском возрасте с позиций доказательной медицины.

Материалы и методы. Работа выполнялась в городе Ставрополь на базе отделения детской гнойной хирургии ГБУЗ СК « Краевая детская клиническая больница» (КДКБ). Был исследован профиль детей, больных острой гнойно-деструктивной пневмонией, проходивших лечение в детском гнойном хирургическом отделении КДКБ за 2013-2018 год.

Результаты. В период с 2013 по 2018 года в Краевую детскую клиническую больницу обратились 50 детей с различными формами ОГДП, из них 29 мальчиков и 21 девочка. Из всех детей у 14 отмечали пиопневмоторакс, у 2 пневмоторакс, у остальных - пиоторакс. Было проведено лечение: плевральная пункция, дренаж с активной аспирацией, торакоскопия и антибактериальная терапия. Методом углового преобразования Фишера ($\varphi_{эмп.} = 0.0$, $p = 0.5$, принимается гипотеза H_0 : доля лиц, у которых проявляется исследуемый эффект, в выборке 1 не больше, чем в выборке 2) было выяснено, что, вне зависимости от выбранного метода и пути лечения, результат работы всегда приводил к полному выздоровлению.

Выводы:

1. Острая гнойно-деструктивная пневмония протекает в виде пиопневмоторакса и пневмоторакса в 32% случаев, что говорит о достаточно эффективном лечении пневмоний на ранних стадиях.
2. Вне зависимости от тяжести течения заболевания и метода лечения, выбранным лечащим врачом, пациент достигал выздоровления и благоприятного исхода, что говорит о качестве проведенного лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИАСТАЗЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Лемешевский И.А., Малькевич Л.А.

*Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Выделяют четыре основные причины возникновения диастаза прямых мышц живота: беременность, дисплазия соединительной ткани (ДСТ), врожденные изменения, ожирение. Обзор литературы, посвященной коррекции диастаза прямых мышц у женщин с помощью физических упражнений, показал наличие единичных рандомизированных исследований по этому направлению, при отсутствии единых сформированных подходов к диагностике и терапии.

Цель: обосновать проведение физической реабилитации при диастазе прямых мышц живота у женщин молодого возраста.

Материалы и методы. Была обследована 41 пациент, все женщины с диастазом прямых мышц живота, которые были разделены на 2 группы – основную и контрольную. По полу, возрасту курению и индексу массы тела группы были однородны и сопоставимы. Медианный возраст составил 20 (19; 20) лет; ИМТ 20,2 (18,9; 21,4) кг/м², курящих было 7%. На основании наличия признаков гипермобильности суставов (ГМС) по Бейтону были выделены: группа 1 – от 1 до 3 баллов и группа 2 – от 4 до 9 баллов. У всех пациентов оценивались клинические признаки дисплазии соединительной ткани, гипермобильность суставов по Бейтону, функция внешнего дыхания методом спирометрии, объемные и скоростные показатели, сатурация гемоглобина, качество жизни предплечья с помощью пружинных механических кистевых динамометров, ультразвуковая денситометрия мышц живота с анализом амплитудных гистограмм.

Результаты и их обсуждение. Гипермобильность суставов по Бейтону выявлена у 58,5% обследованных женщин. При сравнении подгрупп женщин с показателем по Бейтону 1-3 балла ($n=17$) и 4-9 балла ($n=24$) достоверных различий по изучаемым признакам обнаружено не было. У курящих женщин отмечалось статистически значимое снижение частоты дыхания при максимальной произвольной вентиляции легких ($U=0$, $p=0,025641$). Нами была установлена сопоставимость результатов, полученных при применении двух разных методов – динамометрии и спирометрии, показывающая близость функционального состояния различных групп скелетной мускулатуры. Подтверждено, что ДСТ является распространенным явлением. При оценке качества жизни у женщин установлено влияние артралгии на «Физический компонент здоровья» ($U=6$, $p=0,035$). Отмечено, что при увеличении ширины белой линии живота уменьшалась ее толщина. Индекс экзогенности прямой мышцы живота у девушек был меньше 2,8 (2,1; 4,0), чем у молодых мужчин 3,5 (2,5; 4,8) ($p<0,05$). Большая ширина белой линии живота и меньшая ее толщина в сочетании со снижением экзогенности прямой мышцы живота, возможно, определяют более высокие риски образования грыж белой линии живота у женщин, особенно при увеличении нагрузки на мышечно-апоневротический каркас (беременность, поднятие тяжестей, кашель, курение и др.).

Выводы. Достижение эффективной физической реабилитации диастаза прямых мышц живота у женщин молодого возраста может быть связано с учетом факторов, способствующих его развитию. Данный вопрос требует дальнейшего изучения, частью чего может стать обучение женщин молодого возраста методике диагностики диастаза прямых мышц и его коррекции с помощью физических упражнений. Важно учитывать противопоказания к выполнению различных видов движений и отдельных упражнений.

SURUNKALI PANKREATITLARNI KLINIK KECHISHIDA SITOKINLAR PROFILIGA BOGLIKLIGI

Masharipova Yu.K., Shamsutdinova M.I.

TTA Urganch filiali UASH tayyorlash kafedrası.

Surunkali pancreatit (SP) kasalligi tasnifi bo'yicha polietiologik xisoblanadi. Surunkali pankreatitda yallig'lanish oldi ga qarshi zardobdagi sitokinlarning tarkibi o'rganildi, bunda interleykin-2 (IL-2) va interleykin-6 (IL-6) ning plazma kontsentratsiyasida sezilarli darajada oshishi aniqlandi. Yallig'lanishga qarshi sitokinlar tarkibi tekshirilayotgan bemorlarning asosiy klinik va laboratoriya parametrlari bilan ishonchli bog'liqliligiga ega ekanligini o'rganildi. Uning disfunktsiyasi yallig'lanishga qarshi IL-2, IL-6 sitokinlari ishlab chiqarishning ko'payishi bilan birga keladi, ularning darajasi qon zardobida bemorlarda aniqlandi. Olingan natijalar sitokinlarni ishlab chiqarishdagi nomutanosiblik va ko'rib chiqilayotgan patologiyada meda osti bezining rivojlanishida ushbu sitokinlarning rolini baholashga imkon beradi. Ushbu patologiyaning rivojlanishiga yordam beradigan muhim mexanizmlardan biri bu oksidativ stressdir. Biz 29 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 40 bemorni (o'rtacha 18 ± 45 yosh) ko'rikdan

o'tkazildi, ulardan 12 nafari erkak, 28 nafari ayol. Kasallikning davomiyligi 6 ± 13 yil. Nazorat guruhiga 25 sog'lom ko'ngilli - 8 erkak va 17 ayol (o'rtacha yoshi 15 ± 38 yosh) kirganlarni oldik. Qon zardobidagi IL-2, IL-6 sitokinlarning kontsentratsiyasi immunoferment usuli yordamida aniqlandi. SP bilan og'rikan 30 (75%) bemorda ortiqcha tana og'irligi bo'lgan ($TVI = 37,3 \pm 4,1$ kg / m). Insulinga bog'liq bo'lmagan diabet 14 (35%) bemorda, astenik sindrom 10 (25%), oshqozon dispepsiyasi sindromi - 6 (15%) bemorlarda aniqlandi. Ob'ektiv tekshiruv natijalariga ko'ra, meda osti bezining kattalashishi tekshirilganda 32 (80%) aniqlandi, 17 (41%) giperbilirubinemiya aniqlandi, 24 (62%) bemorlarda lipaza va fosfatazaning faolligi sezilarli darajada oshdi. Zardobdagi transaminazalarning faolligi - ALT, AST - 20 (50%) oshdi. Eng xarakterli klinik belgilar: meda osti bezi boshining kattalashishi, glyukoza miqdorining oshishi va sitolitik fermentlar tarkibining ko'payishi.

Xulosa: Tadqiqot davomida ko'rib chiqilgan patologiyaning klinik va laboratoriya xususiyatlari adabiyot ma'lumotlariga zid emas. Immunitet tizimining normal faoliyatini tartibga soluvchi sitokinlarning ekvivalent ishlab chiqarilishi oshishi aniqlangan. SP bilan og'rikan bemorlarda sitokin tizimini o'rganayotganda, nazorat guruhining tegishli ko'rsatkichlaridan IL-2, IL-6 sitokinlar kontsentratsiyasining ko'payishini o'rganildi. SP bilan og'rikan bemorlarda qonida yuqori darajada sitokinlar ishlab chiqarishning yallig'lanishga qarshi tomonga siljishini ko'rsatadi. Ushbu sitokinlar sekretsiyasining ehtimoliy induktorlari endotoksinlar mahsulotlariga xizmat qilishi mumkin. SP bilan og'rikan bemorlarda sitokin tizimi faollashtirilganligi aniqlandi. Uning disfunktsiyasi yallig'lanishga qarshi IL-2, IL-6 sitokinlari ishlab chiqarishning ko'payishi bilan birga keladi, ularning darajasi qon zardobida bunday bemorlarda qayd etilgan asosiy klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari bilan ishonchli aniqlandi.

КУШҚЎНМАС ЎСИМЛИГИ ЭКСТРАКТИНИНГ ЖИГАР ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИ

Мавланов Ш.Р., Рахманов А.Х., Хакимов З.З.

Тошкент тиббиёт Академияси

Долзарблиги. Жигар хасталиklarining кенг тарқалганлиги мавжуд дори воситаларини самарадорлиги юқори эмаслиги янги гепатопротектор воситаларини ва айниқса табиий махсулотлар - доривор ўсимликлардан яратишни тақазо қилади. Бу аснода кушқўнмас ўсимлигининг таркибидаги биологик фаол моддалар катта истиқболли бўлиши мумкин.

Мақсад. Республикамизнинг турли худудларида кушқўнмас (*Silybum Marianum*) кенг тарқалган бўлиб уни асосида дори воситаларини яратиш етарли даражада эмаслигини инobatга олиб ушбу ўсимлик асосида дори воситасини яратиш мақсад қилинди.

Услублар. Кушқўнмас ўсимлигининг меваларидан 80% этил спирти ёрдамида ажратма (қуруқ экстракт) тайёрланди. Уни шифобахш таъсири вояга етган оқ каламушларда тўрт хлорли метан воситасида яратилган ўткир токсик гепатит моделида ўрганилди. Синалаётган экстакт каламушларга оғиз орқали олти кун давомида 80 мг/кг, тақослов гуруҳига эса карсил препарати 100 мг/кг дозада юборилди.

Натижалар. Экспериментал тадқиқотлар натижалари қуруқ экстрактнинг анчагина юқори гепатопротекторлик хоссасига эга эканлигини кўрсатди. Жумладан қуруқ экстракт билан ўткир токсик гепатитли жониворларни олти кун давомида даволаш цитализ жараёнини кўрсатувчи ферментлар фаоллигини туширди. Агарда ўткир токсик гепатитли жониворлар гуруҳи соғлом хайвонлар гуруҳига нисбатан аланинаминотрансфераза ферментининг фаоллиги 270,0%га, аспаратаминотрансфераза ферменти - 93,4%га, ишқорий фосфатаза ферменти - 112,0%га ва гамамаглютаминотрансфераза ферменти - 126,0%га ошиб кетган бўлса, қуруқ экстракт билан даволанган жониворларда қайд этилган ферментлар фаоллиги мос равишда 66,0, 40,0, 48,0 ва 47,0% га камайган ва соғлом жониворларнинг кўрсаткичларидан ишонарли даражада кескин фарқ қилмаганлиги аниқланди. Шу билан бир қаторда хозирги кунларда тиббиёт амалиётида кенг қўлланиб келаётган карсил препаратлари билан даволанган каламушларда юқорида аниқланган ферментлар фаоллиги кўрсаткичлари қуруқ экстракт билан даволанган гуруҳдан деярли фарқ қилмади. Такидлаш жоизки ушбу изланишда қўлланган қуруқ экстакткарсилдан, ўсимликдан ажратиб олиш, уни стандартлаш осонлиги ва иқтисодий жиҳатдан арзонлиги билан анчагина устун келади. Алоҳида ўрганилган токсикологик текширишлар натижалари қуруқ экстрактнинг ўткир захарлилик кўрсаткичи 15000 мг/кг дан катта эканлиги уни захарсизлигидан далолатдир.

Хулоса. Олинган экспериментал текширишлар натижалари асосида хулоса қилиш мумкинки қуруқ экстракт табобат амалиётида гепатобилиар тизими ўткир ва сурункали хасталиklarини даволашда самарадор восита бўлиши мумкин.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

Мадаминова У.Ш., Рахманова Л.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время недостаточно разработаны подходы к раннему прогнозированию неблагоприятного течения нефротического синдрома (НС) у детей. В этом плане уделяет серьезное внимание сочетанное течение НС лимфатическим диатезом (ЛД) у детей. ЛД является одним из видов иммунодиатезов, которое 1,5-2 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Для ЛД характерно хронизация различных острых воспалительных процессов, такие как бронхит, кардит, нефрит, гепатит и др, которые требует адекватные методы терапии при лечении таких детей.

Цель работы: изучить клинико-лабораторные особенности при нефротическом синдроме у детей с лимфатическим диатезом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих НС (нефротическая форма хронического гломерулонефрит). Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста. Клинический диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных методов исследований, а также клинических маркеров ЛД. Изучали клинико-лабораторные показатели в крови. Полученные данные обработаны по методу Стьюдента.

Полученные результаты. По результатам исследований было выявлено, диагностическими критериями ЛД являются: патологическое течение беременности-89,0%, увеличение периферических лимфатических узлов-72,0%, диспропорция телосложению-49,0%, тимомегалия при рождении-36,0%, дисфункция эндокринной системы-67,3%, наличие

хронических очагов инфекции-88,4%. Клиника НС характеризовались бледностью кожных покровов (78,0%), слабостью (83,0%), снижением аппетита (51,0%), отеками (100%), асцитом (43,8%), гепатомегалией (52,0%) ($P < 0,001-0,01$). По результатам лабораторных исследований было выявлено по сравнению с контрольной группой, повышение суточной протеинурии (более 2,5 г/л), уменьшение суточного диуреза, относительной плотности мочи, ($P < 0,001$), мочевины и креатинина в сыворотке крови ($P < 0,001$), которые частично сохранялись и в периоде ремиссии.

Заключение. У детей течение НС на фоне ЛД характеризуется стойкими, глубокими изменениями клинико-лабораторных показателей, которое сохраняются и в периоде ремиссии.

ОРТИҚЧА ВАЗН ФОНИДА КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Матрасулова Д.М., Тагаева М.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Сурункали панкреатитни ҳозирги кунда аҳоли орасида учраш сонини ошиб бораётганлиги ва бу касаллик асосан 18-39 ёшлилар, яъни аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатламида кўпроқ учрашидир

Тадқиқот мақсади. Ортиқча тана вазни беморларда сурункали панкреатитнинг ўзига хос клиник кечиш хусусиятлари ўрганиш ва даволашни оптималлаштириш.

Тадқиқот вазибалари ва усуллари. Сурункали панкреатит касаллиги учраган 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган 50 нафар беморлар олинди, 1 – гуруҳга 25 нафари ортиқча вазни беморлар (Кетле индекси 25 кг/м^2 дан юқори), 1 А-гуруҳчага 12 нафар беморга этиопатогенетик терапия ва антидепрессантларни бирга комплекс қўлланди, 1 Б – гуруҳчага 13 нафари беморга этиопатогенетик терапия қўлланилиди, 2-гуруҳга 25 нафар нормал вазни беморлар (Кетле индекси $20-25 \text{ кг/м}^2$ гача) касалликнинг ўзига хос клиник кечиши, ортиқча тана вазни беморлар ҳаёт сифатини даволаш жараёнида кузатиш, клиник - лаборатор: қон ва пешоб умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, тана вазни индексини аниқлаш (Кетле индекси), ошқозон ости безини ультратовуш текшируви, SF—36 сўровномаси орқали ҳаёт сифатини баҳолаш, психо – эмоционал ҳолатини – Спилберг-Ханин сўровномаси орқали текшириш ва комплекс чора тадбирларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот натижалари. Тана вазни нормал бўлган беморларга нисбатан тана вазни ортиқча бўлган беморларда сурункали панкреатит кўпроқ оғриқ ва диспептик синдром (кўнгил айниши, жиғилдон қайнаши, метеоризм ва қабзият) билан кечади. Сурункали панкреатит ортиқча билан тана вазни бирга келганда ҳам психологик ($30,3 \pm 1,60$ балл), ҳам физик компонентлар ($20,4 \pm 3,93$ балл) паст кўрсаткичларда бўлиши аниқланди.

Хулоса. Сурункали панкреатитни даволашда этиопатогенетик терапия ва антидепрессантларни бирга комплекс қўллаш натижасида касаллик ремиссия даврини узок давом этишига (1 йил ва ундан ортиқ) эришилди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ИСМИЖЕН КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Махмудов У., Арипджанова Ш.С.

Кафедра клинической фармакологии

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) играют важную роль в увеличении риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), и являются одной из главных причин госпитализации пациентов и расходов на медикаменты. ИНДП способствуют снижению клиренса слизистых оболочек и прогрессии деструктивных изменений в бронхах.

Отсюда следует, что важной задачей клинической практики и экономики здравоохранения является замедление или остановка хронизации процесса у больных с рецидивирующей патологией легких с помощью профилактики развития ИНДП по средствам иммуномодулирующей терапии и вакцинации.

Целью настоящего исследования явилось изучить эффективность и безопасность использования перорального иммуномодулирующего средства ИСМИЖЕН (иммуномодулятор на основе бактериального лизата 7 мг, содержащего лизаты бактерий 8 основных возбудителей ИНДП) в комплексной терапии лечения больных с ХОБЛ и профилактики рецидивов обострений.

Материалы и методы. Нами обследовано 32 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии по поводу обострения ХОБЛ, в исследование включали больных обоих полов в возрасте от 36 до 68 лет, имевших 3 или более обострения за последние 12 месяцев. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа контрольная, которая получала стандартное лечение, включавшее антибактериальную терапию, бронхолитики, И-ГКС. 2- группа наряду с комплексной терапией получала ИСМИЖЕН по схеме (по 1 таблетке в сутки под язык в течение 10 дней каждый месяц, на протяжении 3 месяцев). Эффективность оценивалась в течение лечения в стационаре, в 1 месяц после лечения, на 2 и 3 месяца лечения.

Результаты исследования. Нами получены следующие данные: в период обострения нами оценивалось время исчезновения кашля, в контрольной группе оно составило в среднем 7,5 дня, а в группе получавшей ИСМИЖЕН 5,8 дня, что значительно быстрее, чем в контрольной. Изменение цвета мокроты отмечалось на 4 день лечения в контрольной группе, а в группе принимавшей ИСМИЖЕН, на 2,5 сутки лечения. Исчезновение обструкции (на основании аускультации легких) отмечалось в среднем на 4-5 день лечения в контрольной группе, а в группе с иммуномодулятором на 3-4 день. Так же отмечалось снижения числа и тяжести повторных обострений, в течение 3 месяцев, в среднем на 42% в группе принимавших ИСМИЖЕН по профилактической схеме.

Выводы. Таким образом, применение перорального иммуномодулятора ИСМИЖЕН эффективен для лечения и профилактики ИНДП, в том числе в комплексной терапии лечения и профилактике хронической обструктивной болезни легких.

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ ВА ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ЙЎЛЛАРИ

Машарипова Ю.К. Шамсудинова М.И.

Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали

Долзарблиги: бутун дунёда меъда-ичак тизими касалликлари сонининг ўсиб бориш тенденцияси ва улар сонининг ҳар ўн йилда икки баробар ортиши кузатилмоқда, айниқса меъда ости беши касалликлари сонининг оғишмай ўсиши кузатилмоқда. БЖССТнинг маълумотларига кўра, сурункали панкреатит (СП) меъда-ичак тизими касалликлари орасида энг кўп учрайдиган ва оғир кечимли патологиядир. СП билан оғриган беморларнинг ўртача ёши 50 дан 38 ёшгача пасайган. Панкреатитнинг сурункали шакли билан ногирон бўлиб қолган кишилар 11%ни ташкил қилади. Сурункали панкреатит тарқалиш даражаси ва асоратлари: Бутун дунёда касалликни кўпайиши (охирги 30 йил ичида 2 марта). Германияда СП билан касалланиш 100000 ахоли сонига 26 ташкил этади (Mayerle J. et al. Germany, 2013). АКШда СП 100000 ахолига 18 та беморни ташкил этади. Россияда охирги 10 йил ичида СП катталар ўртасида 3 баравар, ўсмирлар ўртасида 4 баравар ўсиш кузатилди. СП ни панкреаканциномага ўтиши 5% беморларда кузатилади. Бутун дунёда панкреаканцинома билан касалланиш 8-10 : 100000 ахоли сонига ташкил этади.

Тадқиқот мақсади: сурункали панкреатитнинг турли клиник шакллари реабилитация сини оптимизациялаш ҳамда даволашни такомиллаштиришда иммунокоррегирловчи препаратлар ролини асослашдан иборат.

Тадқиқот объекти: сурункали панкреатит билан оғриган 110 та бемор, шулардан 60 бемор СП билан РШТЭИМ клиникасида, 50 бемор Ургенч шаҳридаги ВКТТМ терапия бўлимида даволанган ва динамикада кузатилган. Назорат гуруҳига 25 та амалий соғлом шахслар олинди.

Текширув усуллари: сурункали панкреатитнинг турли клиник шаклларида клиник-биокимёвий, иммуноцитокин ва ирсий ҳолатининг асосий кўрсаткичларини миқдорий аниқлаш учун веноз кон ва кон зардобни, меъда ости беши ферментларини ташхислаш учун – сийдик, нажас ташкил килди.

Текшириш натижалари: СП беморлар кон зардобда цитолитик ферментлар активлиги ошганлиги аниқланди. СП беморларда Циклоферон ва Эрбисол препаратлари билан иммунокоррегирловчи давода сифатида берилиб цитокинлар профили пасайишига. Натижада СП бор беморларда Циклоферон ва Эрбисол препаратлар давосида лимфоцитлар субпопуляциясини узгариши яъни ошишига олиб келиб, касаллик симптомлари пасайишига олиб келди.

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА И БОЛЕЗНИ ФАБРИ

Машкунова О.В., Рустамова Ф.Е., Оспанова Ш.О., Ботабекова А.Ж.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный университет им. А.С. Асфендиярова

Мукополисахаридоз (далее МПС) и болезнь Фабри (далее БФ) относятся к орфанным заболеваниям, из за редкой встречаемости людей относительно общей численности населения. Это болезни накопления; представляют прогрессирующее мультиорганное, мультисистемное, X-сцепленное заболевание, опосредованное мутацией в гене лизосомного фермента-при МПС I типа- α -L-идуронидазы, при БФ - α -галактозидазы А.

Цель исследования: описать случаи из практики МПС I типа и БФ, в дебюте которых наблюдались ревматологические признаки.

Материал и методы исследования. Первый клинический случай пациентки 21 года, находящейся на лечении в НИИКиВБ МЗ РК, с диагнозом МПС I, выставленным на основании определения уровня экскреции гликозаминогликанов (ГАГ) мочи и их фракций, измерения активности фермента лизосомной α -L-идуронидазы в лейкоцитах периферической крови. В случае с БФ использовались измерения активности фермента α -галактозидазы А в сухих пятнах крови методом тандемной масс-спектрометрии и молекулярно-генетического секвенирования мутации в гене, кодирующего α -галактозидазу А.

Результаты исследования: В первом случае дебют заболевания с 3 лет, когда мать начала замечать отставание ребенка в физическом развитии, увеличение головы, конституциональную диспропорцию. При осмотре: конституциональная низкорослость (рост-117см, вес-27кг), грубые черты лица, макроцефалия, гаргоилизм, макроглоссия, помутнение роговицы. На нижних конечностях мелкоочечная сыпь, без зуда. Гипоплазия туловища, кифосколиоз, «веслообразные» ребра, сгибательная контрактура локтевых суставов, разгибательная контрактура IV дистальных межфаланговых суставов кистей рук, деформация мелких суставов кистей по типу «птичьей лапы», тугоподвижность мелких и крупных суставов. В случае с БФ начало заболевания с мелкоочечных незудящих высыпаний на туловище, ягодицах, бедрах, лице в течение 10 лет, по поводу которых не обращался; полиартралгии крупных и мелких суставов, похолодание и побеление пальцев рук и ног, послабление стула. В течение 4 месяцев отмечает похудание на 5 кг и подъемы температуры до 38⁰С один раз в неделю без видимой причины, сжимающие боли за грудиной, головокружение. При осмотре: ангиокератомы на бедрах, ягодицах, боковых поверхностях туловища, щеках, гипертрофированные черты лица. Наблюдается синдром Рейно, полинейропатия.

Выводы. Кожно-костно-суставной и синдром Рейно нередко является проявлением орфанных заболеваний, что требует проведения дифференциального диагноза с ревматическими заболеваниями особенно в начальной стадии заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКАТОМ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Мирахмедов Х.А, Мухаммадиева С.М., Ахмедов Х.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - оценить эффективность симптом модифицирующего препарата метотрексат (МТ) у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 46 больных с достоверным диагнозом АС по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Возраст больных с АС от 18 до 64 лет ($41,6 \pm 11,7$). Давность суставного синдрома - от 6 мес до 20 лет, при этом 8 больных страдали АС от 6 мес до 5 лет, 5 - от 6 до 10 лет и 3 - от 11 до 20 лет. Больным назначался МТ в дозе 15 мг/нед в течение 12 мес. В исследовании из методов применялись общий анализ крови и мочи. Активность воспалительного процесса оценивалась по параметрам серомукоида, СРБ, величине СОЭ. Иммунологический анализ крови включал определение РФ, АСЛО, СРБ. Оценка функционального статуса больного производилась с помощью опросника состояния здоровья HAQ.

Всем больным, участвующим в исследовании проводилась рентгенография костей таза и суставов.

Результаты исследования. Все больные, вошедшие в исследование, соответствовали критериям АСР тяжелого, средне-тяжелого и легкого течения АС. Преимущественно у больных имелся центральный вариант АС (14) и по 2 больных приходилось на периферический и ризомелические варианты. У 43,5% больных на момент включения в исследование выявлена максимальная и у 59,5% умеренная степень активности воспалительного процесса. У всех больных выявлен двухсторонний сакроилеит. У 14 больных наблюдалась II и III рентгенологические стадии поражения илеосакрального сочленения, у 1 больного — IV стадия и у двух - I. Функциональная стадия II-III стадии наблюдалась у 95,6% больных.

Больные на момент включения в исследование не принимали системные ГК.

Через 3 мес динамика показателей воспалительного процесса улучшилась по сравнению с исходным уровнем. Интенсивность боли в позвоночнике уменьшилась на 56,4%, ЧБС и ЧВС на 46,4% и 72,5%, соответственно. Утренняя скованность изменилось к этому времени на 82,1% и 64,2%, соответственно. Спустя 3 мес отмечалась положительная динамика индекса BASDAI/BASMI, который уменьшился на 38,1%, а также глобальной оценки заболевания пациентом и врачом на 49,8% и 52,2%, соответственно. Наблюдалось улучшение индекса HAQ на 46,9%.

Через 6 мес положительная динамика основных параметров воспалительного процесса продолжала нарастать. Интенсивность боли в позвоночнике и в суставах улучшилась на 67,5%, BASDAI и BASMI на 67% и 84,1%, соответственно. В это время у 2 больных не наблюдалось ни одного припухшего сустава, а интенсивность боли в суставах была равна 0. Длительность и выраженность утренней скованности спустя 6 мес продолжали улучшаться и уменьшились на 92,1% и 85,3%, соответственно. Причем 10 больных не отмечали утренней скованности в суставах через 6 мес непрерывной терапии МТ.

Индекс BASDAI/BASMI также заметно улучшился через 6 мес на 54,8% по сравнению с исходным уровнем. Индекс HAQ снизился с $1,96 \pm 0,59$ до $0,8 \pm 0,45$, на 59,2% по сравнению с исходным уровнем.

Спустя год интенсивность боли в суставах уменьшилась на 70,1% (в 3,3 раза) от исходного значения и колебалась от 0 до 41 мм, в то время как до лечения - от 15 до 80 мм по ВАШ. BASDAI и BASMI снизилось на 70,4% и 86,1%, соответственно. Продолжительность утренней скованности уменьшилась с 2 часов 8 мин до начала лечения до 5,7 мин спустя год (в 22,4 раза). Причем у 11 больных отсутствовала утренняя скованность.

Через 12 мес положительные сдвиги основных параметров воспалительного процесса улучшились по сравнению с 6 мес периодом.

Анализ эффективности терапии согласно критериям Американской коллегии ревматологов показал, что уже через 3 мес лечения 69,6% больных соответствовали АСР 20 критериям, а 13 % соответствовали АСР 50.

Спустя 6 мес АСР 50 критериям отвечали 34,8% больных, АСР 70 - 8,7%. К концу года 39,1% больных соответствовали АСР 70, 30,4% - АСР 50, 17,4% - АСР 20, и лишь 13% не ответили на терапию МТ. За период наблюдения уменьшилось число больных, которые не отвечали критериям АСР с 78% до 13%.

Заключение. Таким образом, лечение МТ способствовало улучшению состояния опорно-двигательного аппарата и лабораторных показателей активности воспалительного процесса, причем по критериям АСР у 39,1% больных наблюдался очень хороший эффект, а у 30,4% - хороший эффект. Рентгенологическое прогрессирование сакроилеита было выявлено у 3 (17,4%) больных. Непрерывное лечение МТ в течение 12 мес привело к клинико-лабораторной ремиссии АС у 2 больных.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ДИСЛИПИДЕМИЯГА ГИПОАЗОТЕМИК ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Мунавваров Б.А., Эшонов Ш.Н.

Тошкент давлат стоматология институти

Кейинги пайтларда олиб борилаётган кўп сонли тадқиқотлар маълумотларига кўра, сурункали буйрак касаллиги (СБК) ривожланиши ва авж олишида метаболик бузилишлар ичида гиперлипидемия биринчи ўринда туради ҳамда аксарият ҳолларда юрак-томир асоратларига олиб келмоқда, улар ўз навбатида, бундай беморларнинг бевақт ўлимига олиб келишига сабаб бўлмоқда. Шунинг учун биз СБКнинг кечки босқичида беморларда гипоазотемик препаратларни липидлар спектри курсаткичларига таъсирини муҳокама қилишни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичидаги беморларда нефротизиннинг дислипидемияга таъсирини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида СБК пайдо бўлган 60 нафар бемор олинди (креатинин бўйича КФТ 15-29 мл/мин). Беморларнинг ёши 19 дан 50 ёшгача ташкил этади (ўртача $38,63 \pm 1,09$). Беморлар (ҳар бири n=30) тасодифий 1 А ва 1 Б гуруҳга ажратилди: 1 А - гуруҳ беморларга анъанавий даво; 1 Б - гуруҳга эса анъанавий давога қўшимча нефротизин 300 мг/сутка (1 таблеткасида 50 мг бўлиб 2 таблеткадан 3 махал) буюрилди. Барча беморлар қон зардобиди даводан олдин, даволаниши 1- ва 3- ойларидан кейин буйрак умумий холестерин (ХС), ЗПЛП, ЗЮЛП ва ТГлар текширилди.

Натижалар муҳокама. Беморларида даволанишдан олдин ХС ўртача қийматда $5,86 \pm 0,045$; ЗПЛП ўртача қийматда $3,0 \pm 0,03$; ТГ $2,0 \pm 0,02$ ошгани кузатилиб, ЗЮЛП эса ўртача қийматда $0,98 \pm 0,01$ миқдорга камайиб кетгани кузатилди.

Бир ойдан сўнг 1 А гуруҳда ХСни $5,7 \pm 0,06$; ЗПЛП ўртача қийматда $2,9 \pm 0,05$; ТГ $1,9 \pm 0,02$ қийматга пасайгани, ЗЮЛП эса $1,1 \pm 0,02$ миқдорга ошгани кузатилиб уч ойдан сўнг эса ХС $6,0 \pm 0,05$; ЗПЛП $3,3 \pm 0,05$; ТГ $2,209 \pm 0,0267$ қийматга ошиб кетиб, ЗЮЛП қиймати эса $0,90 \pm 0,104$ миқдорга пасайиб кетиши кўрилди. 1 Б гуруҳда бир ойдан сўнг ХСни $5,6 \pm 0,05$; ЗПЛП ўртача қийматда $2,9 \pm 0,05$; ТГ $1,8 \pm 0,04$ пасайгани, ЗЮЛП эса $1,1 \pm 0,02$ миқдорга ошгани кузатилиб уч ойдан сўнг эса ХСни $5,3 \pm 0,06$; ЗПЛП ўртача қийматда $2,6 \pm 0,06$; ТГ $1,76 \pm 0,0338$ пасайгани, ЗЮЛП эса $1,2 \pm 0,0223$ миқдорга ошгани кузатилди.

Хулосалар: 1. Дислипидемия СБКнинг авж олиши билан узвий боғлиқ бўлиб, унинг таъсири буйрак томирларининг атеросклеротик зарарланиши билан ҳам, липидларнинг тўғридан-тўғри нефротоксик таъсири билан ҳам изоҳланади.

2. СБК диализгача бўлган босқичларида юзага келадиги дислипидемия холатини мувофиқланиши СБКни прогрессивланишини секинлаштиради.

ДИНАМИКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЕДИНОБОРЦЕВ ПРИ АДАПТАЦИИ К НАГРУЗКАМ

Муратходжаева Л.Э.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК Узбекистана

Актуальность. В настоящее время назрела необходимость раскрыть физиологические особенности организма боксеров и научно обосновать основные факторы, лимитирующие физическую работоспособность и адаптацию к соревновательной деятельности.

Цель. Изучить процесс адаптации организма боксеров к физическим нагрузкам по динамике изменения физиологических показателей кардиореспираторной системы.

Материал и методы исследования. В рамках УМО в Республиканском научно-практическом центре спортивной медицины при НОК Узбекистана исследовано 50 человек, распределенные на 3 группы. 1 группу (контроль) составили 12 лиц (не спортсмены), 2 группу – 30 со спортивным стажем 1-2 года и 3 группу -18 мастеров спорта и мастеров спорта международного класса. Применен велоэргометрический тест со ступенчато-повышающейся нагрузкой. Исходная мощность нагрузки составляла 750 кгм/мин (100-125 Вт). На каждой ступени задания регистрировали ЧСС, ЧД, АД и ЖЕЛ.

Результаты. Адаптационные перестройки в организме боксеров в ответ на физическую нагрузку показали позитивную динамику физиологических показателей функционирования кардиореспираторной системы (КРС) в режиме экономии и повышения работоспособности. Анализ показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), артериального давления (АД) и жизненной емкости легких (ЖЕЛ) выявил положительную перестройку и повышение работоспособности КРС боксеров 2 группы по сравнению с 1 группой и контролем. Так, ЧСС уменьшалась у боксеров 2 группы на 18% ($61 \pm 0,47$ уд/мин) по сравнению с контролем ($85 \pm 0,62$); ЧД уменьшалась в 2 раза ($10 \pm 0,58$, в контроле $21 \pm 0,98$ кол-во/мин); а ЖЕЛ увеличивалась в 1,8 раза ($3311 \pm 21,63$, в контроле $1878 \pm 13,61$ мл), АД осталось в пределах общепризнанной нормы, достоверно увеличиваясь лишь на 11% ($P < 0,05$). ЧД уменьшается в 2 раза, а ЖЕЛ достоверно увеличивается по сравнению с показателями у лиц контрольной группы, которые не занимаются спортом. Результаты проведенных исследований подтверждают положительные перестройки в функционировании кардиореспираторной системы у профессиональных боксеров

Вывод. Физиологически обоснованный объем и интенсивность тренировочных нагрузок у боксеров в течение длительного времени занятий спортом способствуют позитивным положительным перестройкам в функционировании кардиореспираторной системы у профессиональных спортсменов-единоборцев.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Муродова С.М., Собиров У.Х.

РСНПМЦНиТП

У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии, получающих гемодиализ как основной метод заместительной почечной терапии, с течением времени поражаются органы эндокринной системы, в том числе и щитовидная железа (ЩЖ). Изучение функциональных и гендерных особенностей работы ЩЖ как органа вырабатывающего гормоны, оказывающие комплексное влияние на организм человека, представляется актуальной задачей.

Цели и задачи. Гендерная оценка структурного и функционального состояния ЩЖ у пациентов, получающих программный гемодиализ. Задачами работы явились: оценка сонографических изменений уровней гормонов ЩЖ, а так же оценка тиреотропного гормона (ТТГ).

Материалы и методы. Было обследовано 35 пациентов (15 женщин и 20 мужчин), находящихся на программном гемодиализе более года, средний возраст $55,6 \pm 17,9$ лет. Биохимические анализы (Уровни Тироксина (Т4) Трийодтиронина (Т3) и ТТГ) производились на иммунохимическом анализаторе AbbottArchitect i2000. УЗИ щитовидной железы проводилось на аппарате SonoAce X4. Для оценки результатов приводится среднее арифметическое со стандартным отклонением ($M \pm m$). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Сравнение двух независимых выборок производится непараметрическим методом с помощью U- критерия Манна – Уитни. Уровень статистической значимости - $p > 0,05$.

Результаты. По результатам УЗИ были обнаружены диффузные изменения тканей ЩЖ у 69% обследованных. Узловые образования встречались у 32% пациентов. Количество узлов варьировало от 1 до 3-х. Среднее значение свободного трийодтиронина составило $3,564 \pm 0,572$ пмоль/мл. У двух обследованных был выявлен синдром низкого Т3. Среднее значение свободного тироксина составило $11,851 \pm 2,083$ пмоль/мл. В одном случае уровень Т4 превышал норму и коррелировал со снижением тиреотропного гормона. При оценке уровня ТТГ, его среднее значение составило $1,543 \pm 0,948$ мкМЕ/мл. При сравнительном анализе гормонов ЩЖ у мужчин и женщин, достоверных различий не было получено. Корреляция уровней гормонов зависела только от длительности нахождения пациентов на заместительной терапии гемодиализом.

Заключение. Таким образом, нами не было выявлено значимых гендерных различий в структурном и функциональном состоянии ЩЖ. В наблюдаемых изменениях гормонального статуса превалировала тенденция к снижению Т3, а структурные изменения в ткани органа в виде узлов наблюдались более чем у половины обследованных.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Мусаев О.О., Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Остеоартроз (ОА) - это самое частое заболевание суставов с поражением как крупных, так и мелких суставов, но больше **всею поражаются коленные и тазобедренные суставы**. Начало остеоартроза провоцируется весьма разнообразными факторами, в том числе нарушения развития, обмена веществ, травма сустава, но в любом случае в патологический процесс вовлекаются все ткани сустава, особенно страдает хрящевая ткань. Как известно в основе развития ОА находится взаимоиндуцируемый процесс ремоделирования в хрящевой ткани и субхондральной ой кости, а также запускаемое при этом воспаление.

Цель. Оценить противовоспалительный и хондропротективный эффект Алфлутопа при лечении ОА.

Материалы и методы. Обследовано 78 больных с ОА во II- III степени. Средний возраст больных 48,4+5,7 лет. Длительность болезни составило не более 9 лет. Всем больным проводили лабораторно-инструментальные обследование и через 3 месяцев проводили МРТ суставов. Больные получили: НПВП, Алфлутоп 1 мл в/м по схеме.

Результаты. В результате 3 месячного лечения у 93% больных наблюдалось: уменьшение артралгий, исчезновение синовита. Исследование С-РБ повторно было отрицательно, 45% больных было увеличено качество жизни по сравнению с исходным состоянием. Проведенное МРТ через 3 месяца от начала лечения существенных изменений не выявило, что свидетельствует о необходимости продолжительного лечения не менее 6 месяцев.

Выводы. Проведенное лечение оказалось обнадеживающим в плане противовоспалительного эффекта Алфлутопа. Вместе с тем динамика лечения свидетельствует о возможном хондропротективном действии Алфлутопа.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Муталов С.Б., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. По приблизительным расчётам 22% населения Земли страдают гипертонией ($АД \geq 140/90$) [1]. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) являются самой распространённой причиной смертности в мире, среди них на долю гипертонии приходится 13% [2,3]. Вольф и соавт. изучили распространённость гипертонии среди пациентов с аутоиммунными заболеваниями в разрезе влияния дисфункции иммунитета на кровеносные сосуды и почечную гемодинамику [4]. Тэйлор и соавт. изучили роль изменения гормонов и иммунных медиаторов при ревматологических заболеваниях в развитии гипертонии [5]. Панулас и соавт. предложили методы скрининга ревматологических пациентов с целью выявления гипертонии [6]. Сабио и соавт. нашли связь между низким уровнем 25(OH)D и пациентами с СКВ, у которых не наблюдается снижение АД ночью (non-dippers) [7]. Однако, распространённость артериальной гипертонии среди ревматологических больных в Узбекистане остается недостаточно изученной.

Цель. Изучить распространённость артериальной гипертонии у больных с ревматологическими заболеваниями, оценить распространённость факторов риска среди ревматических пациентов с наличием или отсутствием артериальной гипертонии.

Материалы и методы. Кросс-секционное исследование было проведено на базе СКАЛ ревматологии и отделения кардиоревматологии многопрофильной клиники ТМА за период Январь – Февраль 2020 г. Был проведен опрос немодифицированных (в том числе, социально-экономический статус, профессия, урбанизация, и другие) и модифицированных факторов риска (в том числе, курение, питание, физическая нагрузка, и другие) у 77 пациентов, кто дал письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ был проведен на программе GraphPad, Prism 8. Для сравнения 2 независимых категориальных выборок была использована 2x2 таблица, был подсчитан Chi-square и корреляция Yates для определения статистической достоверности p value.

Результаты. Среди обследованных пациентов, мужчин было 24 (31,2%), женщин 53 (68,8%). Среди обследованных больных, 35 (45,5%) пациентов страдали артериальной гипертонией. **Факторы риска больных с наличием и отсутствием гипертонии представлены в Таблице.** Мужчин, не страдающих гипертонией значительно больше мужчин, страдающих гипертонией (29% и 5,7% соответственно, $P=0.022$). Гипертония чаще проявляется у лиц старше 40 лет, по сравнению с лицами моложе 40 лет (80% и 45% соответственно, $P=0.004$). Пациенты с избыточным весом вероятнее имели повышенное АД, чем респонденты без лишнего веса (75% и 39% соответственно, $P=0.0047$). Также, пациенты с баллами по Fuster-BEWAT свыше 9 менее вероятно имеют гипертонию (37% против 79% с баллом ниже 9) (Таблица).

Женщины, страдающие ревматологическими заболеваниями, лица старше 40 лет, пациенты с баллом по Fuster-BEWAT больше 9, а также лица с избыточной массой тела и ожирением статистически значимо чаще страдали артериальной гипертонией.

Выводы. Распространённость артериальной гипертонии среди обследованных лиц с ревматологическими заболеваниями составила 45,5%. Среди лиц с артериальной гипертонией статистически значимо выделялась распространённость лиц женского пола, возраст старше 40 лет, балл по Fuster-BEWAT 10 и больше, избыточность массы тела и ожирение.

Таблица. Распространённость модифицированных и немодифицированных факторов риска у больных с ревматологическими заболеваниями в зависимости от наличия гипертонии.

Фактор	Гипертония есть N=35	Гипертонии нет, N=42	χ^2	P value
Мужской пол	2 (5,7%)	12 (29%)	5,256	0,022
Возраст >40 лет	28 (80%)	19 (45%)	8,294	0,004

Высшее образование	7 (20%)	3 (7%)	1,771	0,1833
Высокий и средний социальный статус	10 (29%)	11 (26%)	0,055	0,8153
Высокий и средний экономический статус	29 (83%)	35 (83%)	0,003	0,9557
Проживание в городе	23 (62%)	27 (64%)	0,038	0,8451
Тяжёлый физический труд	7 (20%)	13 (31%)	0,690	0,406
Курение	3 (8,6%)	6 (14%)	0,177	0,674
Прием ≤2 порций фруктов/овощей в день	21 (60%)	32 (76%)	1,639	0,201
Физическая нагрузка, <75 мин/нед.	12 (34%)	13 (31%)	0,004	0,947
ИМТ>25	24 (75%)	16 (39%)	7,995	0,0047
Наличие стенокардии	14 (40%)	9 (21%)	2,319	0,128
Наличие сахарного диабета	2 (5,7%)	2 (4,8%)	0,035	0,8513
Charlson коморбидность >2 баллов	21 (60%)	19 (45%)	1,128	0,288
Fuster-BEWAT >9 баллов	13 (37%)	33 (79%)	11,955	0,0005

Литературы:

1. "Raised blood pressure". World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Archived from the original on 8 August 2016.
2. "Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks" (PDF). World Health Organization. 2009. Archived (PDF) from the original on 14 February 2012. Retrieved 10 February 2012.
3. Campbell NR, Lackland DT, Lisheng L, Niebylski ML, Nilsson PM, Zhang XH (March 2015). "Using the Global Burden of Disease study to assist development of nation-specific fact sheets to promote prevention and control of hypertension and reduction in dietary salt: a resource from the World Hypertension League". *Journal of Clinical Hypertension*. 17 (3): 165–7.
4. Wolf VL, Ryan MJ. Autoimmune disease-associated hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2019;21(1):10.
5. Taylor EB, Wolf VL, Dent E, Ryan MJ. Mechanisms of hypertension in autoimmune rheumatic diseases [published online February 3, 2019]. *Br J Pharmacol*. doi:10.1111/bph.14604
6. Panoulas VF, Metsios GS, Papanicolaou DA, et al. Hypertension in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47(9):1286-1298.
7. Sabio JM, Vargas-Hitos JA, Martinez Bordonado J, Mediavilla Garcia JD. Association between non-dipper hypertension and vitamin D deficiency in women with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;37(2):286-292.

ASSESSMENT OF LIPID PROFILE IN A COMPENSATED STATE OF THYROID HYPOFUNCTION

Nasirova A. K., Najmutdinova D.K.

Tashkent medical academy

Introduction: Hypothyroidism is the second most common thyroid disease after iodine deficiency diseases. According to the results of the largest epidemiological studies, the prevalence of hypothyroidism in women is 4-21% and 3-16% in men. Autoimmune thyroiditis (AIT) is the most common cause of acquired hypothyroidism, the disease is seven times more common in women than in men and has a hereditary nature, the nature of which is currently unknown. In the vast majority of patients with hypothyroidism, proatherogenic changes in lipid metabolism occur. About 95% of all patients with hypothyroidism have hypercholesterolemia. Some studies have shown that thyroid hormones can stimulate the activity of HMG- CoA reductase, a key enzyme in cholesterol biosynthesis and, thus, induce cholesterol synthesis. It has recently been shown that the sterol- regulatory element 2 binding protein (SREBF2) is regulated by thyroid hormones and an increase in its production can lead to activation of LDL receptor gene expression and the prevention of hypercholesterolemia.

Purpose of the study: to evaluate the lipid profile in patients with hypothyroidism.

Research objectives of the study: to evaluate the lipid profile of blood in patients with hypothyroidism in the stage of euthyroidism in comparison with patients without thyroid disease.

Materials and research methods: The study included about 67 patients (48 women, 19 men), the average age of 48, 2 ± 4 , 8 years with diagnosed compensated hypothyroidism. The control group was composed of 65 patients (50 women, 15 men), the average age was 46.6 ± 5.7 without thyroid pathology.

Conclusions: In the group with compensated hypothyroidism compared with the control group defined more high TG characteristics: 1.73 ± 0.21 , and 1.21 ± 0.22 mmol/l and reduced cholesterol values HDL cholesterol 1.12 ± 0.20 and 1.57 ± 0.26 mmol/l. Similar data were obtained when comparing blood lipid parameters in the group of patients who reached a TSH level of 0.8 - 3.2 mU / L against thyroid hormone replacement therapy compared with the control group (in which the TSH was in the range of 0.4 - 2, 5 mU / l).

FEATURES OF THE FORMATION OF NIGHT APNEA SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL VENOUS INSUFFICIENCY

Nazarova J.A. Abdurakhmonova K.B.

Tashkent medical academy, Tashkent.

In patients with venous brain dyschemia on the background of COPD, obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) significantly increases the course of the main disease, strengthens hypoxia, promotes the development of pulmonary hypertension and the formation of a chronic pulmonary heart with right ventricular insufficiency [3, 7, 8].

The prevalence of OSAS in the world among the population over 30 years of age is 5-7%. About 1–2% of the indicated group of persons suffer from severe forms of syndrome. The frequency of OSAS increases depending on age. Thus, among people over 55

years of age, the frequency of OSAS is significantly increased and is somewhere 30% in men and 20% in women. In persons over 60 years of age, the incidence of this syndrome can reach 55% [1.2].

The combination of COPD and OSAS is called the overlap syndrome. Prevalence of overlap syndrome among individuals with COPD is estimated at 2%, and among patients with OSAS - in 10%. Therefore, patients with COPD who are suspected of OSAS should be given polysomnography and, if necessary, prescribed appropriate treatment. In this regard, patients with COPD who suspect their obstructive sleep apnea syndrome should undergo a polysomnographic study if possible and prescribe appropriate treatment if necessary.

Polysomnography is a simultaneous registration of electroencephalogram, electrooculogram (eye movement), electromyogram of the chin muscles, air flow at the mouth and nose level, respiratory movements of the abdomen and chest, saturation of the hemoglobin of the blood by oxygen, electrocardiogram and motor activity of the legs [6]. This is the main method of investigating obstructive sleep apnea syndrome.

There is no effective drug therapy for OSAS. There are some types of surgical interventions - uvulopalatopharyngoplasty or septoplasty, which are difficult to tolerate by patients and, especially, do not guarantee cure. There are also mechanical devices - intraoral applicators, they are devices for repositioning the lower jaw. They are considered as a possible replacement for treatment with special respiratory devices [6].

The method of choice in the treatment of this syndrome for many years is CPAP therapy (Continuous Positive Airway Pressure), which creates a constant positive pressure in the upper respiratory tract, which prevents their obstruction and maintains sufficient flotation. [4]. It is appointed if the severity of OSAS reach medium or heavy levels. On the background of COPD, patients often have venous cerebral insufficiency. And over time, venous stagnation is formed in the brain with the manifestation of neurological focal symptoms. It is assumed that OSAS in patients with venous cerebral dysgemia should be observed more often.

The purpose of this study was to analyze the frequency and severity of night sleep apnea syndrome (OSAS) in patients with venous cerebral insufficiency on the background of chronic obstructive pulmonary disease and the level of saturation of hemoglobin with oxygen.

Material and methods. 94 patients with COPD aged 40 to 75 years (68 men and 26 women) were examined. The average age of men was 56.5± 4.2 years, and women - 53.5±5.8 years. Enrollment criteria: Age over 40 years, presence of clinical manifestations of breathing disorders during sleep-snoring, daytime drowsiness, stopping breathing during sleep. According to the Gold criteria (2010), COPD is diagnosed in 52, severe - in 42 cases (5). According to the Gold criteria (2010), category B was defined in 18 patients (all cases of medium airflow restriction), category C - in 62 patients (34 - medium, 28 - severe airflow restriction), category D - in 14 patients (all cases of severe airflow restriction). Concomitant cardiovascular diseases (ischemic heart disease and hypertension) were in 69 patients (73.4%). Signs of venous cerebral dyscirculation (VCD) were in 61.4% of the subjects studied. The overwhelming majority of the surveyed had an increased body weight: The body mass index (BMI) in only 15 people (15.96%) was less than 25 kg / m², in 21 people (22.34%) - from 25 to 29 kg / m² (I degree of obesity), in 29 people (30.85%) - from 30 to 40 kg / m² (II degree of obesity) And in 7 people (7.45%) - more than 40 kg / m² (III degree of obesity).

Polysomnographic examination was carried out at the Research Institute of Endocrinology on the Embla S7000 equipment of Medcare, version 4.0 (copyright belongs to Medcare Flaga, USA). The S8 AutoSet Spirit II system of ResMed (Australia) was used to select SRAR therapy. Statistical processing of the received data was carried out using non-parametric and parametric criteria.

Results of the study. OSAS was confirmed in 21 patients (22.34%), in 31 cases, only night snoring syndrome was recorded without stopping breathing and falling oxygen saturation level. Among the patients only with a snoring without an apnea. The average COPD was defined in 69, severe in 6 cases, category B in 5, category C in 17, and category D in 9 patients. The average forced expiratory volume for 1 second was 51.3±8.2% of the proper, concomitant cardiovascular diseases were in 6 people, BMI was on average 26.1±2.9 kg/m² (the normal weight was recorded in 15, obesity I degree - in 14, obesity II degree - in 2 people). The average number of respiratory disorders per night was 50.1 ± 12.1 in 3 people, of which obstructive apnea was 11.7 ± 2.4. The average duration of obstructive apnea was 26.4 ± 4.1 seconds, the average minimum saturation of hemoglobin in the blood with oxygen - 84.1 ± 10.3%, the average saturation - 97.4 ± 9.6%. The middle-stage COPD was defined in all patients of this group, category B - in 1, category C - in 2. The average forced expiratory volume for 1 st C was 42.4 ± 7.1% of the proper volume. Concomitant cardiovascular diseases were in 2 people. 33.3% of those surveyed had symptoms of venous brain dyschemia. The average BMI was 32.8±3.8 kg/m² (obesity II degree in 1 patient).(Table 1)

Table 1. The dependence of the degree of OSAS on the presence of the surveyed VCD and obesity.

Patients with SOAS according to degree of severity, n		Mild n=3		Moderate n=11		Severe n=7		Patients with OSAS n=21		Patients without OSAS n=75	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
COPD	Moderate	3	14.3%	4	19%	0	0.0%	7	33.3%*	69	92.0%
	Severe	0	0.0%	7	33.3%	7	33.3%	16	76.2%*	6	8.0%
VCD		2	66.7%	8	72.7%	7	100.0%	17	80.95%*	26	34.7%
Obesity	1 stage	2	66.7%	2	18.2%	0	0.0%	4	19%*	54	72.0%
	2 stage	1	33.3%	5	45.5%	3	42.9%	9	42.9%*	16	21.3%
	3 stage	2	0.0%	4	36.4%	4	57.1%	8	38.1%*	5	6.7%

*- the difference between the "patients with OSAS" and "patients without OSAS" groups, (p<0.05).

OSAS are moderately recorded in 11 patients (incl. 7 men): the average number of respiratory disorders per night was 135.4 ± 21.1, of which obstructive apnea - 41.2 ± 6.2, obstructive hypopnea - 84.4 ± 5.6, central apnea - 2.1 ± 0.7. The average duration of obstructive apnea was 39.8 ± 4.9 seconds, the average minimum saturation of hemoglobin in the blood with oxygen - 79.2 ± 9.1%, the average saturation - 90.5 ± 7.8%. COPD of the middle stage was determined in 4, heavy - in 7 patients; category B - in 3, category C - in 5, category D - in 3 patients. The average volume of forced expiratory for 1-st C was 43.2 ± 9.2% of the due volume. Concomitant car-

diovascular diseases were in 7 people. Symptoms of venous cerebral encephalopathy were observed in this group in 72.7% of cases. The average BMI was 33.4 ± 4.1 kg/m² (obesity I degree - in 2, obesity II degree - in 5, obesity III degree - in 4 people).

Severe OSAS is recorded in 7 people (incl. 5 men): the average number of respiratory disorders per night was 415.0 ± 31.5 , of which obstructive apnea - 270.6 ± 24.5 , obstructive hypopnea - 134.0 ± 13.7 , central apnea - 10.4 ± 1.8 . The average duration of obstructive apnea was 58.9 ± 8.9 seconds, the average minimum saturation of hemoglobin in the blood with oxygen - $65.8 \pm 6.5\%$, the average saturation - $86.9 \pm 9.6\%$ (with a minimum level of saturation of 50%).

Severe COPD was defined in all patients of this group; category B was not registered, category C was defined - in 3, category D - in 4 patients. The average volume of forced exhalation for 1-st C was $38.7 \pm 7.1\%$ of the due volume. Concomitant cardiovascular diseases were in all patients. In this group, all patients had venous encephalopathy. The average BMI was 42.76 ± 7.1 kg/m², with all patients suffering from obesity (II degree - 3 persons, III degree - 4 persons) (Table 1).

Taking into account the severity of OSAS and associated pathology, CPAP therapy was recommended for 9 patients (42.85%), the consultation of the ENT doctor - 11 patients and weight reduction - 15 patients. SPAP-therapy was selected in 9 observations, 11 people refused it due to the high cost of treatment. 6 patients were treated with a reduction in the apnea/hypogenic index to 5 per hour, which was normal. In 1 patient, this index decreased to 9 per hour, which corresponded to the light severity of OSAS (the selection of two-level CPAP therapy is recommended).

It was found that signs of venous cerebral dyshemia and obesity were significantly more common in the group of patients with moderate severity and severe severity of OSAS compared with the group of patients without OSAS.

It should be noted that there was no reliable correlation between the mean volume of forced exhalation for 1-st C with different severity of OSAS and the reliable correlation between this indicator and the apnea frequency. However, in similar comparisons with BMI values, a reliable direct correlation with the severity of OSAS is noted, as well as a reliable correlation between BMI and the amount of apnea ($r = 0.7$) and the level of saturation of hemoglobin with oxygen ($r = -0.6$). Apparently, the degree of obesity is more important in the occurrence of OSAS pathogenetically than the degree of obstruction of the lower respiratory tract. The high frequency of OSAS in patients with elevated body weight COPD is probably a feature of the so-called phenotype COPD with obesity.

Conclusion: Based on the above, it can be concluded that OSAS is one of the important mechanisms that weigh COPD, especially in persons with high body weight, and requires mandatory correction of the flotation of the upper respiratory tract with the help of SPAP-therapy. Persons with OSAS are also characterized by the formation of venous cerebral dyshemia, which significantly depresses the course of the main disease, increases hypoxemia. In order to level neurological symptoms in patients with COPD, in particular in patients with OSAS, it is necessary to include a course of venotonic drugs.

References

1. Бузунов Р.В., Ерошина В.А., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: учебное пособие для врачей. М., 2007.
2. Бузунов Р.В. Синдром обструктивного апноэ сна // Лечащий врач. 2010. № 11.
3. Калинин А.Л. Диагностика синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна методом кардиореспираторного мониторинга // Функциональная диагностика. 2004. № 3. С. 54–62.
4. Пальман А.Д. Синдром обструктивного апноэ во сне в клинике внутренних болезней. М., 2007. 78 с.
5. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с.
6. Сомнология и медицина сна: избранные лекции / под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013. 432 с.
7. Шуматов В.Б., Невзорова В.А. Клиническая патофизиология системных проявлений хронической обструктивной болезни легких. Владивосток: Медицина ДВ, 2012. 232 с.
8. Weitzenblum E., Chaouat A. Sleep and chronic obstructive pulmonary disease // Sleep. Med. Rev. 2004. Vol. 8. P. 281–294

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ПОДРОСТКОВ 14 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ

Наврузов Д.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Необходимым условием правильного медицинского обслуживания детей и подростков является систематическое наблюдение за их физическим развитием и состоянием здоровья. Особенно изучение возрастные особенности антропометрические показатели различных отделов позвоночного столба у детей до подросткового периода представляет чрезвычайно важно, так как он определяет физическое и нравственное состояние человека в будущем. Физическое развитие растущего организма является одним из основных показателей здоровья ребенка. Чем более значительные нарушения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия заболевания (1).

Цель исследования. Изучить возрастные особенности антропометрических показателей различных отделов позвоночного столба у подростков 14 лет, проживающих в регионах Южном Приаралье.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили практически здоровые дети 14 лет, учащиеся школы № 4 Шаватского района. Всего обследовано 27 девочек и 28 мальчиков.

Результаты исследования и их обсуждение. Длина позвоночного столба новорожденного ребенка составляет 40% длины его тела. На первом году жизни быстрее растет поясничный отдел, несколько медленнее — шейный, грудной и крестцовый. Медленнее всего растет копчиковый отдел. Длина позвоночника особенно резко увеличивается в течение 1-го и 2-го годов жизни, затем рост позвоночника замедляется. Усиление темпов роста позвоночника наблюдается в 7-9 лет (у девочек больше, чем у мальчиков). К началу периода полового созревания рост позвоночного столба замедляется. Новое ускорение его роста наблюдается у мальчиков к 13—14, у девочек к 12—13 годам (2,3).

Исследования показали, что общая длина позвоночного столба 14 летних детей женского пола колеблется от 50,53 см до 59,89 см, в среднем $54,50 \pm 2,72$ см. Длина шейного отдела варьировала от 6,1 см до 7,20 см, в среднем $6,75 \pm 0,33$ см. Длина грудного отдела находилась в пределах от 27,22 см до 31,10 см, в среднем $29,16 \pm 1,54$ см. Длина поясничного отдела позвоночного столба колеблется от 9,89 см до 11,24 см, в среднем $10,42 \pm 0,52$ см. Длина крестцово-копчикового отдела варьировала от 8,92 см до 10,32 см, в среднем $9,60 \pm 0,33$ см. Общая длина позвоночного столба 13 летних детей муж-

ского пола колеблется от 51,12 см до 58,54 см, в среднем $54,17 \pm 2,78$ см. Длина шейного отдела варьировала от 6,15 см до 7,17 см, в среднем $6,65 \pm 0,30$ см. Длина грудного отдела находилась в пределах от 24,99 см до 30,76 см, в среднем $27,87 \pm 1,55$ см. Длина поясничного отдела позвоночного столба колеблется от 9,45 см до 11,45 см, в среднем $10,28 \pm 0,51$ см. Длина крестцово-копчикового отдела варьировала от 8,59 см до 11,00 см, в среднем $9,69 \pm 0,42$ см.

Выводы. Таким образом, увеличение длины позвоночного столба у детей женского пола в возрасте 14 лет в шейном и крестцово-копчиковом отделе происходит интенсивнее по сравнению с грудным и поясничным отделом. увеличение длины позвоночного столба у детей мужского пола в возрасте от 14 лет в шейном и крестцово-копчиковом отделе происходит интенсивнее по сравнению с грудным и поясничным отделом.

К началу периода полового созревания рост позвоночного столба замедляется. Новое ускорение его роста наблюдается у мальчиков к 13—14, у девочек к 12—13 годам.

Таблица. Длина позвоночного столба 14-летних девочек и мальчиков, см.

		Мальчики	Девочки
1.	Общая длина позвоночного столба	от 50,5 до 62,4 в среднем $55,74 \pm 1,84$	от 50,8 до 59,6 в среднем $54,45 \pm 2,03$
2.	Длина шейного отдела позвоночного столба	от 6,0 до 8,0 в среднем $6,9 \pm 0,52$	от 6,0 до 7,0 в среднем $6,42 \pm 0,21$
3.	Длина грудного отдела позвоночного столба	от 27,1 до 32,6 в среднем $29,3 \pm 0,95$	от 25,4 до 30,1 в среднем $27 \pm 0,79$
4.	Длина поясничного отдела позвоночного столба	от 8,9 до 12,1 в среднем $9,95 \pm 0,49$	от 8,9 до 11,2 в среднем $9,72 \pm 0,59$
5.	Длина крестцово-копчикового отдела позвоночного столба	от 8,2 до 11,1 в среднем $9,0 \pm 0,35$	от 8,0 до 10,4 в среднем $9,2 \pm 0,37$

Литература

1. Баранов А.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Скоблина Н.А. - // М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. 2008. -2-6 с.
2. Павлова В.И. Анатомо-физиологические и возрастные особенности костной системы человека / В.И. Павлова, Н.В. Мамылина, Ю.Г. Камскова // учебно - методическое пособие. Челябинск: изд-во ЧФ УРАО, 2008. - 36-55 с.
3. Сапин М.Р. Анатомия и физиология детей и подростков. /М.Р.Сапин, З.Г.Брыксина // М. Издательский центр. «Академия» 2002. 83-89 с.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ПРЕПАРАТА «АЛЛТРОМБОСЕПИН» И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ИБС

Надирова Ю.И., Жаббаров А.А., Рахматуллаева Н.Т., Насриддинова Н.Н

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в связи с большой распространённостью и неуклонной тенденцией к росту по-прежнему представляет собой серьёзную медико-социальную проблему. За последнее время наши знания обогатились данными исследований по интенсивной антиагрегантной терапии, которые обеспечили возможность дальнейшего снижения частоты тяжелых осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний атерогенного генеза.

Цель. Сравнить влияния ацетилсалициловой кислоты (АСК) и аллтромбосепин (Антиагрегантное средство группы GP IIb/IIIa) на остаточную агрегационную реактивность тромбоцитов (ОАРТ).

Материал и методы. В исследование было включено 30 больных в возрасте до 64 лет (средний возраст $52,6 \pm 0,94$ лет), у которых имелась хроническая ишемическая болезнь сердца. Методы обследования включали опрос на наличие стенокардии, измерение артериального давления (АД), регистрацию ЭКГ покоя, определение липидного спектра, общего анализа крови, включая количество тромбоцитов и уровень гемоглобина. Также определяли агрегацию тромбоцитов с помощью световой агрегометрии в начале исследования, через 3-недельного периода лечения АСК и препаратами Аллтромбосепин.

Результаты. На монотерапии АСК ОАРТ составила $56,4 \pm 0,3\%$. Терапия препаратами Аллтромбосепин приводила к значимо меньшему уровню ОАРТ ($42,2 \pm 0,2\%$), чем монотерапия АСК ($p=0,0003$). Анализ данных с учетом предложенного критерия высокой ОАРТ (более 46%) на терапии показал, что количество таких больных, принимавших кишечнорастворимую форму АСК, составило 70%, а на терапии препаратами из группы Аллтромбосепина - 30%.

Заключение. Полученные данные указывают на то, что у значительного числа больных на монотерапии дезагрегантами не достигается целевой уровень ($\leq 46\%$) снижения ОАРТ, что может служить обоснованием для назначения им комбинированной терапии.

АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Назарова К.Х., Долиев А.Ё.

Ташкентская медицинская академия

Анемия у больных ревматоидным артритом (РА) наблюдается в 30-70% случаев. Для пациентов с РА проблема снижения гемоглобина (Hb) является актуальной, так как они имеют более высокий риск развития кардиоваскулярных заболеваний и поражения почек по сравнению с общей популяцией.

Цель: Изучить особенности анемии у больных РА

Материалы и методы исследования: В исследование включено 48 пациентов с РА. При постановке диагноза учитывали критерии Американской ревматологической ассоциации (1987). Активность РА оценивалась по индексу активности болезни DiseaseActivityScore (DAS28).

Всем пациентам выполнялось исследование гемограммы на анализаторе «Mindray BC-5000» с определением форменных элементов крови и эритроцитарных индексов: среднего объема эритроцита (MCV) и средней концентрации Hb в эритроците (MCH). Определялся уровень фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов, общего белка и белковых фракций. С помощью колориметрического фотометрического теста на анализаторе «Mindray BA-88А» исследованы показатели обмена железа сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС).

Результаты исследования: Среди обследованных 48 больных РА преобладали женщины - 38 (79,1 %), средний возраст составил $45,7 \pm 12,0$ лет, средняя продолжительность болезни - $12,9 \pm 7,4$ лет. Группу РА составили в основном пациенты с серопозитивным вариантом, поздней стадией заболевания, высокой степенью активности, IV рентгенологической стадией, ФК II степени. Из 48 больных с РА у 31 (71%) больного наблюдалась анемия. Причинами снижения гемоглобина у 22 (71%) больных РА была анемия хронического заболевания (АХЗ) и у 9 (29%) больных дефицит железа. Из 40 больных с высокой (II-III степень) степенью активности заболевания, анемия встречалась у 29 (72%) больных. Из 8 больных (I степень активности) анемия встречалась у 2 (25%) больных.

Заключение: Таким образом, при РА основная причина снижения Hb - анемия хронических заболеваний (АХЗ), которую можно считать системным проявлением РА и тяжесть анемии напрямую связана со степенью активности заболевания.

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИДА ГЛЮКОКОРТИКОИД ТЕРАПИЯНИ САМАРАДОРЛИГИ

Назарова Н.О., Жаббаров А.А., Максудова М.Х., Мадазимова Д.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Тизимли қизил бўрича касаллиги ҳозирги кунда кенг тарқалган ревматологик касалликлардан ҳисобланади. Эпидемиологик изланишларда олинган натижаларга кўра, бу касаллик 100 мингта аҳоли сонига 50-250 та ҳолатлар тўғри келиши аниқланган. АҚШ ревматологлари ҳулосасига кўра касалларнинг 90 % бу репродуктив ёшдаги аёллар ҳисобланади.

Илмий-тадқиқот ишининг мақсади: Тизимли қизил бўрича касаллигида дифференциаллашган глюкокортикоид терапияни самарадорлигини ўрганиш.

Илмий-тадқиқот ишининг материал ва методлари:

Илмий-тадқиқот ишининг объекти: тадқиқотга 55 та аёл 18 ёшдан 57 ёшгача (ўртача 31 ёш) киритилган. I гуруҳ беморларга классик пульс-терапия (Метипред 1000 мг N = 15 (27,2%)), II гуруҳ беморларга Комбинирланган пульс-терапия (Метипред 1000 мг + ЦФ 1000 мг N=17 (31,0%)), III гуруҳ беморларга синхрон интенсив терапия (Метипред 1000 мг + ЦФ 1000 мг + плазмаферез курс бн N=23 (41,8%)) даво ўтказилди.

Натижалар. СИТ сўнг беморларнинг лаборатор тахлили да ижобий натижаларга эришилиб, (гемоглабин, эритроцит, лейкоцит, тромбоцит миқдорлари ошди, ЭЧТ миқдори камайди), умумий сийдик тахлили (лейкоцит, эритроцит ва суткалик оксил миқдори камайди) ҳамда қоннинг биохимик тахлилида (умумий оксил миқдори ошди.) ТКБ да дифференциаллашган ГК сўнг беморларда касалликнинг клиник кўринишлари яхшиланди, айниқса бу СИТда юқори даражада ўз ифодасини топди (люпус эритематоз, афтоз стоматит, перикардит (0%), плеврит (0%), нефротик синдром (0 %), артрит (0%)).

Ҳулоса. Тизимли қизил бўричада касалликнинг клиник кўринишлари СИТ ўтказилгандан сўнг беморни аҳоли яхшиланди. Юқорида келтирилган касалликка хос симптомлар йиғиндисига кўра фоизларда миқдори камайгани яққол кўриниб турибди

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Насирова А. А.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель исследования – изучить роль маркеров иммунологических показателей у больных ХОБЛ и БА, с учётом их клинического течения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилась в Самаркандской городской больнице в отделение пульмонологии. В исследование были включены 100 больных. Больные рандомизированным методом были разделены на три группы. 1-ю группу составили 35 больных с ХОБЛ, средний возраст которых был равен $45,3 \pm 1,6$, вторую группу составили больные с диагнозом БА- 35 больных (средний $45,8 \pm 1,5$) и 30 практически здоровых людей, которые составили контрольную группу. 15 больных с диагнозом ХОБЛ находились в стадии обострения, 10 человек соответственно в стадии ремиссии. Во 2-й группе больных с БА 27 больных в стадии обострения и 7 больных в стадии ремиссии.

Результаты исследования. Отмечалось, что не зависимо от стадии заболевания содержания цитотоксических лимфоцитов в крови было увеличено. ($p < 0,001$). Но в стадии ремиссии у больных с ХОБЛ содержания в крови Т-лимфоцитов (до $52,28 \pm 2,27\%$) было снижено по сравнению со здоровыми лицами. Одновременно в крови у больных ХОБЛ было определены высокое содержание Т-лимфоцитов с фенотипом CD3+CD4+CD8+ ($18,44 \pm 4,02\%$), в период ремиссии, что указывало на чрезмерную стимуляцию Т-клеточного звена иммунной системы у этих пациентов. При исследовании содержания В-лимфоцитов в периферической крови больных в стадию обострения как при БА, так и при ХОБЛ показывает увеличение всех дифференцированных форм В-лимфоцитов. У больных атопической БА в стадии обострения общее содержание В-лимфоцитов (CD20+) повышается более чем в 1,5 раза. Также наблюдается увеличение количество примированных антигеном В-лимфоцитов (CD72+) в 1,5 раза относительно показателя здоровых лиц. Содержание этих форм лимфоцитов было еще больше у больных ХОБЛ. Уровень маркеров CD20+ и CD72+ В-лимфоцитов у больных БА и ХОБЛ в стадии ремиссии, отличался не значительно от показателей здоровых людей. При

анализе содержания зрелых В-клеток в периферической крови, которые несут mIgM и mIgG, показал их существенное увеличение независимо от стадии заболевания в обеих группах больных.

Вывод: при обострении БА и ХОБЛ наблюдается значительное повышение количества В-лимфоцитов всех стадий дифференцировки, что говорит об активации В-клеточного звена иммунной системы. Значительное повышение содержания в крови лимфоцитов, экспрессирующих поверхностные иммуноглобулины, позволяет, утверждать, что у больных БА и ХОБЛ В-клеточная активация является отражением постоянно поддерживаемого процесса антигенной стимуляции с хроническим течением.

BLOOD PLASMA HOMOCYSTEINE LEVEL IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE THYROID GLAND

Nasirova A. K., Najmutdinova D.K.

Tashkent medical academy

In recent years, ideas about the risk factors for coronary heart disease (CHD) have expanded significantly. In addition to well-known ones such as arterial hypertension, hyperlipidemia, smoking, obesity, and diabetes, much attention is paid to homocysteine levels [1–3]. Currently, a connection has been proved between an increase in the concentration of homocysteine in blood plasma and an increased risk of cardiovascular disease. This relationship has been confirmed in prospective studies by the Physician's Health Study, the British United Provident Study, the Tromso Study, and the British Regional Heart Study. According to the data obtained, the detection rate of hyperhomocysteinemia is about 5% in the general population and reaches 13-47% among patients with coronary heart disease and cerebrovascular diseases [9].

By C. Boushey et al. in 1995, was conducted a meta-analysis of 27 studies to study the relationship between plasma homocysteine levels and coronary heart disease. The results indicate that with an increase in the level of blood homocysteine for every 5 $\mu\text{mol} / \text{L}$, the risk of developing coronary heart disease increases by 1.6 times for men and 1.8 times for women. The mechanisms of participation of homocysteine in atherogenesis have not been fully studied, but it is known that the targets of hyperhomocysteinemia are connective tissue, vascular smooth muscle cells, platelets, endothelial cells, blood lipids, coagulation factors, nitric oxide [6]. In the blood plasma, homocysteine oxidizes very quickly, as a result of this process free radicals are formed that are toxic to the endothelium, in addition, the oxidation of homocysteine promotes the oxidation of low-density lipoproteins (LDL), which, in turn, stimulates the process of atherogenesis. With hyperhomocysteinemia, the highly toxic substance homocysteine-thiolactone is synthesized, which can form aggregates with LDL. It has been established that such aggregates are intensely captured by blood monocytes, which contributes to their transformation into foam cells [8].

In recent years, studies have appeared that indicate a relationship between the level of homocysteine in serum and the functional state of the thyroid gland. The presence of such a relationship was first shown by R. Green et al. in 1995. It was found that in patients with hypothyroidism, plasma homocysteine levels were significantly higher than in patients with normal thyroid function. Somewhat later, similar results were obtained in other studies [4, 5, 7].

The results of a large population-based study by NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) showed that the additional risk that hypothyroidism causes to increase homocysteine and plasma cholesterol is 4.9 and 8.0, respectively, after taking into account the gender, age and race of the patients. Adding to the calculations the body mass index (BMI), the history of cardiovascular diseases and smoking did not affect the revealed patterns. At the same time, other researchers did not reveal a correlation between the level of plasma homocysteine and the functional state of the thyroid gland [5, 6].

In the works of domestic and foreign researchers it was shown that most often hyperhomocysteinemia is detected in older patients (over 65). In this regard, it should be noted that a decrease in the functional activity of the thyroid gland is also characteristic of elderly patients. It is possible to assume that a slight decrease in thyroid function potentiates an increase in homocysteine levels in susceptible individuals.

The mechanisms of the effect of a lack of thyroid hormones on the level of homocysteine in blood plasma are quite complex and are not fully understood. It is known that homocysteine is a sulfur-containing amino acid that is formed in the body during the metabolism of the essential amino acid methionine. No homocysteine has been reported with food. Cofactors of the enzymes involved in the exchange of homocysteine are vitamins, primarily pyridoxine (vitamin B6), cyanocobalamin (vitamin B12) and folic acid. The main enzyme responsible for the conversion of folic acid to its active form, tetrahydrofolic acid, is 5,10-methylene-tetrahydrofolate reductase (MTHFR). The data available in the modern literature indicate that thyroid hormones regulate the activity of the MTHFR enzyme. A decrease in the functional activity of the thyroid gland leads to a disruption in the activity of MTHFR and the accumulation of homocysteine in the blood plasma of patients with hypothyroidism. It is also shown that with hypothyroidism, the absorption of folate and B12 in the gastrointestinal tract decreases, which also reduces the activity of the key enzyme of homocysteine metabolism [4, 10].

Literature

1. Baranova, Ye. I. Klinicheskoye znachenije gomocistenemii / Ye. I. Baranova, Ye. Ye. Bolshakova // Arterialnaya gipertenziya. -2004. - Vol. 10. - № 1. - P. 12-16.
2. Fomin, V. V. Gomocistein – noviy faktor riska zabolevaniy serdechno-sosudistoy sistemi / V. V. Fomin // Vrach. - 2001. - № 7. - P. 14-19.
3. Shevchenko, O. P. Gpergomocistenemiya I eyo klinicheskoye znachenije / O. P. Shevchenko, G. A. Olifriyenko // Laboratoriya. -2002. - Vol. 1. - P. 3-7.
4. Aldasouqi, S. Is subclinical hypothyroidism associated with hyperhomocysteinemia? / S. Aldasouqi [et al] // Endocr. Pract. - 2004. -Vol. 10. - № 5. - P. 399-403.
5. Deicher, R. Homocysteine : a risk factor for cardiovascular disease in subclinical hypothyroidism? / R. Deicher [et al] // Thyroid. -2002. - Vol. 12. - P. 733-736.
6. Hansrani, H. Homocysteine in myointimal hyperplasia / H. Han-srani [et al] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2002. - Vol. 23. - P. 3-10.
7. Lindeman, R. D. Impact of subclinical hypothyroidism on serum total homocysteine concentrations, the prevalence of coronary heart disease (CHD), and CHD risk factors in the New Mexico Elder Health Survey / R. D. Lindeman [et al] // Thyroid. - 2003. - Vol. 13. - № 6. - P. 595-600.
8. Marcucci, R. Tissue factor and homocystene in ischemic heart disease are associated with angiographically documented clinical recurrences after coronary angioplasty / R. Marcucci [et al] // Thrombosis Haemostasis. - 2000. - Vol. - 83. - P. 826-832.
9. McCully, K. S. Homocysteine and vascular disease / K. S. McCully // Nat. Med. - 1996. - Vol. 2. - P. 386-389.
10. Verhoef, P. Homocysteine and Risk of Ischemic Heart Disease and Stroke : a meta-analysis / P. Verhoef [et al] // JAMA. - 2002. -Vol. 288. - P. 2015-2022.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Низаметдинова У., Шоалимова З.М.

Ташкентская медицинская академия

Сердечно-сосудистые осложнения у больных сахарным диабетом встречаются в 3-4 раза чаще, чем в общей популяции, в связи с чем сахарный диабет относят к приоритетным национальным программам борьбы за здоровье нации почти во всех странах мира. Мало изучен характер функционального состояния эндотелия сосудов у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа и оценки изменения антитромбогенной активности сосудистой стенки у больных ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом 2 типа по сравнению с больными с СД 2 типа без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе.

Целью работы. Изучение функциональных особенностей эндотелия у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа.

Материал и методы. Исследование проводили на базе отделения кардиологии первой клиники ТМА. Всего было обследовано 70 человек (мужчин – 31, женщин – 39) в возрасте от 45 до 64 лет. Из них больные сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ИБС составили 35 человек (мужчин-15, женщин-20). В этой группе 24 пациента (мужчин-10, женщин-14) имели избыточную массу тела (ИМТ=29,2±2,18 кг/м²), 11 больных (мужчин-5, женщин-6) были с нормальным весом (ИМТ=24,8±1,17 кг/м²); 17 человек страдали сахарным диабетом менее 5 лет, 18 – более 5 лет. Средняя продолжительность ИБС в данной группе составила 4,0±0,5 лет. Пациентов с СД 2 типа без сопутствующей ИБС было 35 (мужчин – 13, женщин – 22). Преобладающее большинство (22) больных данной группы (мужчин-8, женщин-14) страдало избыточным весом (ИМТ=29,5±2,3 кг/м² подобранных по принципу сопоставимости возраста и пола с основными группами, с нормальной массой тела (ИМТ=21,8±1,3 кг/м²), без клинико-лабораторных признаков сахарного диабета 2 типа и клинической картины ИБС. Всем пациентам, страдающим СД 2 типа, при обследовании был определен уровень глюкозы крови, гликозилированный гемоглобин (HbA 1c). Больные СД имели легкую и среднетяжелую форму заболевания, находились в состоянии компенсации углеводного обмена (HbA 1c=7,27±0,20%; гликемия натощак не выше 8,5 ммоль/л). Все больные получали пероральные сахароснижающие препараты.

Диагноз ИБС, стабильной стенокардии напряжения, устанавливали на основании типичного болевого синдрома, провоцируемого физической нагрузкой, на данных анамнеза (наличие стенозирующего поражения коронарных артерий по данным коронарографии, ОИМ), типичных изменений ЭКГ. Функциональный класс стенокардии определяли по результатам тщательного клинического обследования и результатам проведения пробы с дозированной физической нагрузкой согласно классификации стенокардии Канадской ассоциации кардиологов (1976 г.). Обследование пациентов проводилось по следующим направлениям: физикальное обследование с оценкой антропометрических данных определялись рост, вес, ИМТ, отношение ОТ/ОБ), клиническое обследование, направленное на выявление симптомов ИБС, СД и динамики последних, включающее оценку жалоб, анамнез основного заболевания, сопутствующей сердечно-сосудистой патологии; проводилась аускультация легких и сердца, определялась АД методом Короткова. Всем обследуемым проводили клинический (определение общей картины крови) и биохимический анализы крови с определением показателей углеводного, липидного обмена, агрегации Эндотелий – зависимая вазодилатация была определена у 35 пациентов с ИБС и СД 2 типа и у 35 пациентов с СД 2 типа без клинических проявлений ИБС. Как следует из представленных данных, поток – зависимая вазодилатация у пациентов с ИБС и СД 2 типа достоверно ниже, чем у пациентов с СД 2 типа без ИБС (p<0,05). Достоверных различий диаметра плечевой артерии и скорости кровотока по плечевой артерии у обследуемых пациентов не выявлено. Полученные данные позволяют подтвердить наличие выраженной дисфункции эндотелия у больных ИБС и СД 2 типа, при этом степень ее выраженности прямо пропорциональна тяжести атеросклеротического поражения сосудов. Анализ антиагрегационной активности сосудистой стенки в группе больных ИБС в сочетании с СД 2 типа показал статистически достоверное. Также продемонстрировано достоверное снижение антикоагулянтной активности сосудистой стенки в группе больных СД 2 типа и ИБС по сравнению с больными с СД 2 типа без клинических проявлений ИБС. Анализ фибринолитической активности крови в группе больных СД 2 типа с ИБС выявил снижение суммарной фибринолитической активности, активности активаторов пламиногена по сравнению с группой больных СД без ИБС. Полученные данные указывают на прогрессирующее снижение антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности сосудистой стенки при сахарном диабете 2 типа с течением времени. Анализ антитромбогенной активности стенки сосуда в зависимости от тяжести заболевания показал статистически достоверное снижение антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности сосудистой стенки у тех больных, у которых заболевание, по данным анамнеза, протекало тяжело, т. е. отмечались повторные инфаркты, диабетические микроангиопатии, переходящие нарушения сердечного ритма.

Заключение. Таким образом, при ишемической болезни сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа отмечается резкое снижение функциональной активности эндотелия сосудистой стенки: поток-зависимой вазодилатации, антиагрегационной активности, которые прогрессируют с течением времени и коррелирует с тяжестью заболевания.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПОДРОСТКОВ

Норбутаев М.Ф., Рахманова Л.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В последние годы отмечается существенный рост патологии мочевыделительной системы, в том числе нефротического синдрома (НС) среди детей по всему миру по сравнению с прошлого века. По развитию иммунной системы организма подростковый период считается как «опасным» периодом по течению различных патологических процессов, так как у них часто отмечается развитие осложнения.

Цель исследования: изучить состояние иммунитета при нефротическом синдроме у подростков.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 подростков в возрасте от 12 до 16 лет, страдающих НС (нефротическая форма хронического гломерулонефрита). Клинический диагноз был поставлен

на основании анамнеза, клинико-лабораторных методов исследований. Изучали состояние иммунитета, концентрацию иммуноглобулинов, антигенсвязывающих лимфоцитов почек и циркулирующих иммунных комплексов в крови. Полученные результаты обработаны по методу Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований было выявлено, что среди сопутствующих заболеваний большой процент составило: нейроциркуляторная дистония-66,0%, анемия-58,0%, хронический гастрит-47,0%, хронический тонзиллит-44,0%, гипоплазия щитовидной железы-40,2%. НС характеризовалось: бледность кожных покровов (64,0%), слабость (78,0%), снижение аппетита (42,0%), отеки (100%), асцит (42,5%), положительный симптом поколачивания 29,0% ($P < 0,001-0,01-0,05$). По результатам лабораторных исследований было выявлено по сравнению с контрольной группой, уменьшение суточного диуреза, относительной плотности мочи, повышение суточной протеинурии ($P < 0,001$), мочевины и креатинина в сыворотке крови ($P < 0,01$). Отмечалось снижение Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, Т-хелперов и фагоцитарной активности нейтрофилов ($P < 0,001$), увеличение числа В-лимфоцитов, антигенсвязывающих лимфоцитов почек, повышение в сыворотке крови иммуноглобулина М и циркулирующих иммунных комплексов. ($P < 0,001-0,01$).

Заключение. У подростков при НС из сопутствующих заболеваний большой процент составляют: нейроциркуляторная дистония-66,0%, анемия-58,0%, хронический гастрит-47,0%, хронический тонзиллит-44,0%, гипоплазия щитовидной железы-40,2%. Состояние иммунитета характеризуется дефицитом клеточного и гуморального звена иммунитета, которое сохраняется и в периоде ремиссии НС.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (GUS) У ДЕТЕЙ

Норбутаев М.Ф., Курбоналиева З.С., Рахманова Л.К. Яхяева К.З.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: гемолитический уремический синдром (GUS) является серьезным заболеванием и в настоящее время рассматривается как один из этиологических факторов, приводящих к острой почечной недостаточности. Существует типичный - развивается после диареи- GUS (D-HUS) и атипичный (полиэтиологический) формы заболевания. Для типичной формы свойственна триада симптомов: микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения и острая почечная недостаточность. В условиях Узбекистана типичная форма GUS часто связана с геморрагическим колитом, вызванным у детей кишечной палочкой (STEC). Этот фактор способствует увеличению частоты заболеваемости, требует более тщательного изучения причин заболеваемости и последствий заболевания.

Цель: Анализ течения, частоты осложнений и прогноза заболевания у детей с диагнозом GUS.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни 14 детей (6 девочек и 8 мальчиков) детского нефрологического отделения с диагнозом ГУС за последние 2 года. Проанализированы анамнез жизни и болезни, лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин), общий анализ мочи.

Результаты: у всех 14 детей с GUS диагностирована острая диарея. Из них у 8 была острая почечная недостаточность, и GUS развивался в течение 3 дней, у 4 - через неделю, у 2 - через 10 дней и более. По отношению к возрасту у детей мужского пола: 10 детей до 4 лет, 2 детей в возрасте 4 лет и 1 в возрасте 10 лет. Еще одним моментом моего внимания было то, что трое из 14 мальчиков были от многоплодной беременности. У 10 пациентов гемодиализ проводился более 3 раз, у 5 детей- 5 раз. При анализе результатов лабораторных исследований у всех детей был выявлен высокий уровень мочевины в крови (8,7-17,8 мм / л) у 12 пациентов с АЛТ (40-88 ед / л) и 2-3 степенями анемии и тромбоцитопении. Все пациенты лежали в клинике течение 10 дней и более с диагнозом GUS. В анамнезе клиническое улучшение наблюдалось у 11 пациентов, и у 1 отмечались минимальные изменения мочи в течение года (токсические следы в моче - 0,66-0,99 г / мл). У 1 пациента была диагностирована хроническая почечная недостаточность, 1 пациент (10 лет) умер от GUS и острой почечной недостаточности.

Заключение: в случае GUS острая почечная недостаточность сохраняется в течение 1 года и дольше, а в некоторых случаях развивается хронический гломерулонефрит. По этой причине дети должны находиться под контролем нефрологов в течение 3 лет после GUS.

SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI KASALLIKLARIDA OG'IZ MIKROFLORASINING HOLATI

Orinbaeva Z.N., Nurilloeva Sh.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBY), buyrak funktsiyasining progressiv ravishda yo'qolishi bilan kechuvchi va vaqtda tashxis qo'yilmasa jiddiy asoratlarni keltirib chiqaruvchi kasallik hisoblanadi. Ko'pgina tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, og'iz mikroflorasi bu-immun tizimda muhim rol o'ynaydi. Ammo, og'iz mikroflorasi surunkali buyrak yetishmovchiligi patogenezida va ular o'rtasidagi bog'liqlik haqida kam ma'lumotlar mavjud.

Tadqiqot maqsadi: Surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan kasallangan bemorlarning og'iz mikroflorasining holati va uning o'zgarishlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ushbu tadqiqotda bemorlarning og'iz bo'shligidan so'lak tekshirildi. Bunda og'izning chap va o'ng molarlari 50 nafar ishtirokchidan (25 SBY bilan og'rigan va 25 SBY bilan kasallanmaganlar) oldingi mandibulyar til sohasi o'rganib chiqildi va aniqlangan mikroblarni surunkali buyrak yetishmovchiligi kasalligi bilan bog'liqligini sinab ko'rildi. Bundan tashqari mikroblarning miqdoriy ko'rsatkichlari, bemorlarda uchrash darajalari kuzatildi.

Olingan natijalar: Tadqiqotlarni kuzatish natijasida gemodializ olayotgan bemorlar va gemodializsiz bemorlar og'iz mikroflorasining intensiv ajralib turishi kuzatildi. SBY va gemodializ olayotgan bemorlarning natijalari normal og'iz mikroflorasidan farqli o'laroq Fusobacterium.sp.ning sezilarli darajada oshib ketishi aniqlandi. Umumiy og'iz mikroflora tarkibi og'izning ma'lum joylari bo'yicha sezilarli darajada ajralib turdi, ya'ni bu so'lak va oldingi mandibulyar til namunalari SBY holati bilan bog'liq edi. SBY bilan og'rigan bemorlarda Neisserianing sezilarli darajada ko'paygani va ikkala namunada ham Veillonellalarning kamayishi kuzatildi. Shuningdek, Neisseria va Streptococcuslarning buyrak faoliyati bilan bog'liqligini va bu glomerular filtrlash tezligi bi-

lan hisoblanganligini aniqladik. Neisserianing ko'pligi plazma interleykin-18 darajasi bilan ham bog'liq. Bundan tashqari, yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar SBY va periodontal kasallik o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatdi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, periodontal patologiya ya'ni Porphyromonas gingivalis zardobdagi antitaniqlari ko'tarilganligi buyrak funksiyasining pasayishi bilan bog'liq edi. Ammo asosiy mexanizm periodontal kasallikni SBY bilan bog'lash deyarli noma'lumligicha qolmoqda.

Xulosa qilib aytadigan bo'lsak, SBY patogenezida kommensal bakteriyalar asosiy ahamiyatga ega hisoblanmoqda. Og'iz mikroflorasi va SBY o'rtasidagi o'zaro bog'liqlikni yaxshiroq anglash xavfli BYning terminal darajalarini aniqlash yoki terapiyada bundan tashqari periodontal kasalliklarni oldini olishdagi yo'lni ochib berdi.

ИННОВАЦИОННАЯ РОЛЬ ЗДРАВНИЦ В ПРОГРАММАХ СОВРЕМЕННОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Овчинникова М.А., Сафоничева О.Г.

*Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова*

Актуальность. В структуре мировых тенденций разработка эффективных программ ранней диагностики, персонализированной профилактики, эффективного лечения и медицинской реабилитации социально значимых заболеваний (СЗЗ) у лиц трудоспособного возраста становится одним из долгосрочных приоритетов развития медицинской науки.

Цель исследования: Изучить предпосылки перехода к новой системе организации медицинской помощи – 4-П медицине на современном этапе.

Обсуждение. В результате Проекта по расшифровке генома человека был сделан большой скачок от «структурной генетики» к «генетике взаимодействий» генов между собой, и далее - к геномике, которая изучает взаимодействие генов с внешней средой и влияние средовых факторов на гены. Клиницисты стали понимать, что полигенные мультифакторные заболевания преобладают в структуре заболеваний (составляя более 85%), а факторы окружающей среды (биологические, психологические, электромагнитные) могут проявлять себя как индукторы, ингибиторы и субстраты, которые влияют на экспрессию генов. Все это позволило сформировать концепцию 4-П медицины: предиктивная (основанная на знании предрасположенностей), превентивная, персонализированная и патисипативная (с осознанным участием пациентов), с трансляцией фундаментальных знаний в практическое здравоохранение - выходом на персональные генетические паспорта здоровья и союз генетиков, клиницистов и пациентов. Наиболее эффективным является реализация программ профилактики и медицинской реабилитации СЗЗ в условиях здравниц с их уникальной природной инфраструктурой, где возможно минимизировать фармакологическую нагрузку и одновременно соединить комплексное применение нелекарственных методов с природными лечебными факторами, обучением пациента всем составляющим здорового образа жизни – рациональному питанию, двигательному режиму, отказу от вредных привычек.

Выводы. Для улучшения качества жизни, поддержания активного долголетия необходимым условием является создание профилактической среды, пересмотр приоритетов системы здравоохранения, а также повышение уровня культуры и персональной ответственности человека за сохранение здоровья. Санаторно-курортный распорядок, уникальная природно-климатическая обстановка, могут помочь переходу здравниц на новый уровень здоровья сохраняющих, здоровье восстанавливающих, научно-образовательных центров, а пациентам стать активными участниками инновационного проекта – превентивно-предиктивной и персонализированной медицины XXI века.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СЕЙНТА

Омарова Х.С., Гуламова Г.М., Сымайылова Н.Ж.

*Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный
университет им. А.С. Асфендиярова*

Синдром Сейнта - это сочетание диафрагмальной грыжи, желчекаменной болезни и дивертикулы толстого кишечника. Синдром был описан в 1948 году Miller'ом, отметившим особую заслугу Saint, в честь которого и назван был этот синдром. Часто встречается у женщин.

Цель: продемонстрировать наличие существования метаболического синдрома Сейнта.

На прием к гастроэнтерологу обратилась женщина 55 лет, с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, с иррадиацией в спину и правой лопатке, возникающие после приема пищи, горечь во рту, изжогу, отрыжку с кислым содержанием. Также отмечает учащение и интенсивность болей внизу и левой половине живота, запоры.

Из анамнеза: У больной сахарный диабет (СД) с 38 лет, с 50 лет на инсулинотерапии. С 48 лет увеличение массы тела и с 50 лет артериальная гипертензия с максимальными цифрами до 190/110 мм рт.ст. Принимает иАПФ, метформин и инсулин пролонгированного действия. Указанные жалобы у пациентки появились в течение 10 дней.

При осмотре: ИМТ -40, рост 163см. При пальпации живота отмечает болезненность в эпигастрии, проекции желчного пузыря и в левых и нижних отделах. Желчные симптомы (+) Стул склонен к запорам.

На ФГДС- выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

На УЗИ брюшной полости- в желчном пузыре обнаружены камни с размером 1,5x2,0x2,5см.

На колоноскопии выявлена- множественные дивертикулы (овальной формы до 1.5-2.0 см, глубиной 0.8 - 1.0 см).

Учитывая клинического анамнеза : сахарного диабета (инсулинорезистентности), артериальной гипертензий, ожирение 2-3 степени (ИМТ-40), присутствия одновременно 3 патологии : желчекаменная болезнь(ЖКБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) установлен диагноз триада Сейнта.

Вывод. Редкая патология и знание этой сущности очень важно, поскольку это может предотвратить выполнение сложных и несколько диагностических исследований.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Омонова М.Ж., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Ревматические заболевания (РЗ) – это группа заболеваний, характеризующаяся системным поражением соединительной ткани, с вовлечением в процесс внутренних органов и сосудов.

Согласно статистике РЗ заболевания чаще встречаются у женщин, чем у мужчин (90% случаев склеродермия и системная красная волчанка (СКВ) и 75% случаев РА у женщин) [1] За исключением Гранулематоза Вегенера и васкулитов встречающихся с одинаковой частотой среди обоих полов. [2] При этом аутоиммунные заболеваниями страдают женщины детородного возраста. С возрастом частота заболеваемости женщин перестает превалировать. Согласно данным исследования, проведенного в Соединенном Королевстве показатель заболеваемости СКВ среди женщин возраста до 50-54 лет возрастал, после чего снижался. Заболеваемость СКВ среди мужчин росла до 70-74 лет, после чего снижалась [2].

Учитывая возрастные особенности организма, целью нашего исследования было изучить распространенность факторов риска у больных с ревматологическими заболеваниями в зависимости от возраста.

Материалы и методы: Кросс-секционное исследование было проведено на базе СКАЛ ревматологии и отделения кардиоревматологии многопрофильной клиники ТМА за период Январь – Февраль 2020 г. Был проведен опрос немодифицированных (в том числе социально-экономический статус, профессия, урбанизация, и другие) и модифицированных факторов риска (в том числе курение, питание, физическая нагрузка, и другие) у 77 пациентов, кто дал письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ был проведен на программе GraphPad, Prism 8. Для сравнения 2 независимых категориальных выборок была использована 2x2 таблица, был подсчитан Chi-square и корреляция Yates для определения статистической достоверности p value.

Результаты исследования: Больные были поделены на 2 группы. Первую группу составили 40 пациентов до 44 лет, из них 33 женщины и 7 мужчин. Вторая группа 36 пациентов в возрасте 45 лет и старше, из них 7 мужчин и 29 женщин.

Среди лиц, ведущих малоподвижный образ жизни было больше пациентов 45 лет и старше (42.5% и 80.5% соответственно, $p=0.0016$). Гипертоническая болезнь (ГБ) чаще также чаще встречалась у пациентов 45 лет и старше, чем у респондентов младше 44 лет. (27.5% и 66,7% соответственно, $P=0.0014$), ХСН 12.5% и 44.4% соответственно, $P=0.0043$. Среди больных ревматическими заболеваниями ожирением чаще страдали лица 45 лет и старше, по сравнению с пациентами моложе 44 лет. (12.5% и 40% соответственно, $P=0.0010$). Среди пациентов обеих возрастных групп было больше женщин, чем мужчин.

Наши данные сопоставимы с данными CDC (2015 – 2016), где у лиц 18 -39 лет ГБ встречалась у 7.5 %, 40-59 лет – 33.2 %, 60 лет и старше – 63.1 % [3,4]. В исследовании здоровья медсестер США ожирение ($ИМТ \geq 30 \text{ кг / м}^2$) и малоподвижный образ жизни (физические нагрузки <1 часа в неделю) были независимыми предикторами ишемической болезни сердца (ИБС) [5,6] Пациенты с РЗ более склонны вести малоподвижный образ жизни, с возрастом эта тенденция может усиливаться.

Вывод: Данные исследования показывают, что распространенность факторов риска среди больных ревматическими заболеваниями имеет определенную связь с возрастными изменениями. Среди пациентов женского пола 45 лет и старше статистически значимо выделялась распространенность малоподвижного образа жизни, ожирения, ХСН и гипертонической болезни. Дальнейшее изучение взаимосвязи возраста с выявляемостью распространенности факторов риска, у пациентов с ревматическими заболеваниями представляет огромную перспективу, что может способствовать снижению инвалидности и улучшение общего состояния пациентов с ревматическими заболеваниями.

Литература

1. The epidemiology of autoimmune diseases. Cooper GS, Stroehla BC Autoimmun Rev. 2003 May
2. Somers EC, Thomas SL, Smeeth L, Schoonen WM, Hall AJ. Incidence of systemic lupus erythematosus in the United Kingdom, 1990-1999. Arthritis Rheum. 2007
3. Bautista L. E., Vera L. M., Arenas I. A., & Gamarra G. (2005). Independent association between inflammatory markers (C-reactive protein, interleukin-6, and TNF-alpha) and essential hypertension. Journal of Human Hypertension, 1
4. Wenzel U., Turner J. E., Krebs C., Kurts C., Harrison D. G., & Ehmke H. (2016). Immune mechanisms in arterial hypertension. Journal of the American Society of Nephrology, 27(3), 677-686
5. Carl Turesson, Lennart TH Jacobsson. Cardiovascular co-morbidity in rheumatic diseases. Eric L Matteson ; Vasc Health Risk Manag Jun 2008
6. Li TY, Rana JS, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Rexrode KM, Hu FB. Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. Circulation. 2006 Jan 31

ВЛИЯНИЕ КОБАВИТА НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Отажонов Т.Ш., Якубов А.В.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день проблема лечения язвенной болезни (ЯБ) остается одной из наиболее приоритетных не только в гастроэнтерологии, но и для клинической медицины в целом. Доказано, что ЯБ относится к патологии человека, имеющей традиционно широкое распространение среди населения и постоянную тенденцию к росту. Поэтому совершенствование рациональных методических подходов к разработке адекватной тактики ее лечения является одной из насущных задач современной медицинской науки и практики.

Цель исследования: изучение эффективности кобавита на динамику клинических симптомов у больных язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 62 пациентов, в возрасте от 18 до 55 лет с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были разделены на две группы. Больные первой группы - 27 че-

люди получали традиционную противоязвенную тройную терапию: омепразол (20 мг х 2 раза в день), амоксицилин (1000 мг х 2 раза в день), кларитромицин (500 мг х 2 раза в день), продолжительностью в 10 дней. Больные второй группы - 35 человек, на фоне традиционной тройной терапии получали кобавит 10 мг х 2 раза в день. Всем больным проводилось комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Эффективность проводимой терапии оценивалась по следующим показателям: динамика субъективных жалоб пациента и объективных проявлений заболевания.

Результаты и обсуждение: Из первой группы изжогу отмечали 19 больных (71,4%), во второй группе - 24 больных (68,8%). На третьи сутки в обеих группах отмечали уменьшение изжоги на 2-3 сутки лечения. Средние сроки исчезновения изжоги в 1-й группе составили $2,95 \pm 0,22$ суток. А в группе с кобавитом $2,83 \pm 0,31$ суток, и эти показатели при сравнении были статистически не значимыми. В группе больных, получавших дополнительно кобавит, динамика исчезновения болевого синдрома явно превалирует как таковой в группе больных, получавших традиционную терапию. На 3-й день лечения боли не отмечали 11 больных из первой группы (40,7%), а во второй группе - 27 больных (77,1%). После 4-х дневного лечения в первой группе болевой синдром отсутствовал у 21 больного (77,8%), а в группе кобавитом - у 32 больных (91,4%). В целом, средний срок исчезновения ощущения боли в первой группе составлял $3,74 \pm 0,12$, а во второй группе - $3,06 \pm 0,10$ дня ($p < 0,05$). При поступлении в клинику 20 больных из первой группы (74,0%) и 29 больных из второй (82,8%) отмечали боли при пальпации живота. Через 4 дня после проводимой терапии в первой группе болевой синдром проходил у 40,0%, а во второй группе у 68,9% больных. На 5-й день лечения в первой группе боли при пальпации живота не отмечали 80,0%, а в группе с кобавитом - 89,6% больных. Средний срок исчезновения боли при пальпации в первой группе составлял $4,80 \pm 0,14$ дня, а в группе с кобавитом $4,21 \pm 0,16$ дня ($p < 0,05$). При этом сроки устранения основных клинических симптомов были достоверно более ранними, при проведении комбинированной терапии с кобавитом по сравнению с пациентами, получающими стандартную трехкомпонентную терапию.

Таким образом, цитопротективное свойство кобавита подтверждается положительным действием препарата на динамику течения язвенной болезни и укорочением сроков исчезновения клинических симптомов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Отажоннова Г.Р., Мусаева Л.Ж., Абдусаматова Д.З.

Ташкентская медицинская академия

Известно, что проблема ранней диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) становится угрожающей, сокращая продолжительность жизни, приводя к инвалидизации больных, нарушая качество их жизни. Согласно результатам исследования, в Узбекистане диагностика АГ среди мужского населения хуже, чем таковая у женщин. Высокий процент недиагностированных случаев АГ и неэффективность антигипертензивной терапии является одной из главных проблем здравоохранения в Узбекистане. Таким образом, проблема повышения эффективности лечения больных АГ путем улучшения контроля артериального давления (АД) остается актуальной.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность применения азилсартана медоксомила и индапамида у пациентов с эссенциальной АГ 1-2 степени и хронической болезнью почек на показатели внутривисцеральной гемодинамики и функциональное состояние почек.

Материал и методы: В открытое проспективное клиническое исследование включили 62 больных (32 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 40 до 65 лет, страдающих АГ и хронической болезнью почек (ХБП). В зависимости от величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выделены 3 группы больных: 1-я группа (25 больных) — СКФ 90 мл/мин/1,73 м² и более (I стадия ХБП), 2-я группа (22 больных) — СКФ 89—60 мл/мин/1,73 м² (II стадия ХБП), 3-я группа (15 больных) — СКФ 59—45 мл/мин/1,73 м² (III стадия ХБП). Азилсартана медоксомил (Эдарби) назначали в виде таблеток 40 мг или 80 мг 1 раз в сутки исходя из целевых уровней АД. Индапамид (Индап) 2,5 мг назначали 1 раз в сутки. Критериями исключения из исследования являлись СКФ менее 45 мл/мин/1,73 м²; сахарный диабет; гиперурикемия; инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения в последние 3 мес; хронические заболевания печени и почек; онкологические заболевания.

Всем больным проводили стандартные лабораторные исследования (общий анализ крови, сывороточный креатинин, мочевины, печеночные трансаминазы, билирубин, мочевая кислота, глюкоза, калий, натрий). Кроме этого, определяли содержание альбумина иммуноферментным методом в первой утренней порции мочи. Экскрецию альбумина выражали в миллиграммах на 1 л мочи (в норме 30—300 мг/л).

Результаты и обсуждение: Микроальбуминурия (МАУ) относится к ранним признакам нарушения функции почек, является фактором прогрессирования почечной недостаточности и сердечно-сосудистой смертности. Полученные нами результаты подтвердили, что в генезе МАУ и снижения СКФ ведущая роль принадлежит ремоделированию внутривисцеральной сосудистой системы, эндотелиальной дисфункции и повышению сопротивления в междолевых артериях. Так, на фоне лечения у больных, имеющих МАУ, достоверно уменьшилась экскреция альбумина с мочой во всех группах. В результате этого в 1-й группе МАУ исчезла у 4 (62,5%) больных, во 2-й — у 6 (57,1%), в 3-й — у 5 (44,4%). Уменьшение МАУ наряду с повышением СКФ и улучшением функции эндотелия свидетельствует о выраженном нефропротективном эффекте комбинации азилсартана медоксомил (Эдарби) и индапамида (Индап). У больных 3-й группы также выявлены корреляционные связи показателей, характеризующих функциональное состояние почек, и параметров внутривисцеральной гемодинамики.

Проведенное исследование продемонстрировало важную роль изменений внутривисцеральной гемодинамики при оценке тяжести поражения почек у больных с АГ. Показано, что снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² ассоциируется с гипертрофией и МАУ. Это еще раз подчеркивает общность факторов риска и взаимообусловленность субклинических кардиальных и ренальных поражений у больных с АГ, которые взаимно отягощают отдаленный прогноз. Исследование показало, что терапия комбинацией азилсартана медоксомил (Эдарби) и индапамида (Индап) у больных с АГ и сниженной СКФ значительно уменьшает резистивные характеристики междолевых почечных артерий, а также улучшает функцию эндотелия сосудов и систолическую функцию сердца. Кроме того, достоверно уменьшается экскреция альбумина с мочой и частота эпизодов МАУ. Необходимо отметить, что выраженные органо-протективные эффекты комбинацией азилсартана медоксомила и индапамида обусловлены взаимодополняющими фармакологическими механизмами действия, что способствует потенцированию терапевтического эффекта и расширению показаний к применению.

Выводы: комбинация азилсартана медоксомил и индапамид соединя в себе хорошую переносимость и простоту использования положительно влияет на внутривисцеральную гемодинамику и может быть рекомендована для комбинированной терапии пациентов с АГ в том числе в сочетании с ХБП.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК-СПОРТСМЕНОК

Охапкина С.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Согласно имеющимся сведениям, систематическая физическая нагрузка, компонентный состав тела и гормональный уровень женского организма имеют тесную взаимосвязь. Психоземotionalная и физическая нагрузка спорта высоких достижений, не только способствует развитию адаптационных процессов во всех органах и системах, но и приводит к декомпенсаторным реакциям.

Цель: изучить влияние психоземotionalных и физических нагрузок на нарушение менструального цикла.

Материалы и методы. Рандомизированное исследование включало 103 девушки в возрасте 17-24 лет. Были сформированы контрольная группа (34 человека) и группы сравнения – подгруппа А (n=48) и подгруппа В (n=21). В подгруппу А (n=48) вошли девушки, имевшие регулярные тренировки в секциях по плаванию, где преобладали физические нагрузки, развивающие качество «выносливости» (прежде все аэробную). Подгруппу В (n=21) составили девушки, занимавшиеся борьбой, легкой атлетикой (скоростно-силовые качества), художественная гимнастика, гимнастика спортивная (сложнокоординационные способности). Было проведено: анкетирование и сравнительный анализ полученных ответов, анализ амбулаторных карт. Обработка полученных результатов проводилась с помощью программы MS Excel.

Результаты и их обсуждение. У девушек подгруппы А и В средний возраст наступления менархе составил 13,2 и 13,5 лет соответственно, а у девушек контрольной группы 12,26 лет. Выявлено, что девушки из подгруппы А чаще высказывали жалобы, связанные с нарушением МЦ на фоне физической активности (35,4 %) по сравнению с девушками из подгруппы В и контрольной группы — 14,3%; 5,9 % соответственно. Кроме того, представительницы подгруппы А чаще, чем обследуемые подгруппы В, были вынуждены продолжать тренировки во время менструаций (66% и 37% соответственно).

Выводы. Критериями влияния физической нагрузки на менструальный цикл являются: систематичность, интенсивность, вид физической нагрузки, возраст начала занятий в спортивной секции. У девушек занимающихся видами спорта, в которых ведущим качеством является развитие скоростно-силовых качеств и сложнокоординационных способностей причиной нарушения менструального цикла является:

В видах спорта направленных на развитие выносливости ведущим является стресс-фактор (высокоинтенсивная физическая нагрузка).

В видах спорта направленных на развитие сложнокоординационных способностей ведущим фактором является психоземotionalная нагрузка (нарушение пищевого поведения).

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Охунова Д.А., Рахимбаева Г.С.

Ташкентская медицинская академия, кафедра неврологии

Введение. Известно, что на первых этапах болезни Паркинсона, несмотря на начавшуюся дегенерацию дофаминергических нейронов, клиническая симптоматика долгое время отсутствует. Предполагается, что на преклинической стадии болезни Паркинсона включаются механизмы пластичности, обеспечивающие компенсацию возникших нарушений. Актуальной задачей является поиск маркеров преклинических и самых ранних клинических стадий болезни Паркинсона. Анализ ЭЭГ является доступным и информативным методом исследования мозговой патологии. Наши исследования также показали снижение основной частоты ЭЭГ у пациентов с болезнью Паркинсона на поздних стадиях заболевания. При этом специальных работ, посвященных анализу ЭЭГ на ранней стадии болезни Паркинсона практически нет.

Цель работы: исследование особенностей ЭЭГ у пациентов с болезнью Паркинсона на самой ранней стадии заболевания (1-я стадия по шкале Хен-Яра).

Материал и методы исследования. В работе анализировали ЭЭГ у 21-го пациента 1-й стадии болезни Паркинсона находившиеся на лечении в неврологическом отделении 1-клиники Ташкентской Медицинской Академии. Преобладали пациенты с дрожательно-ригидной формой заболевания. Все они проходили обследование в нашей клинике, где им проводились записи электроэнцефалографии. Электроды располагались по стандартной схеме 10x20. При анализе полученных данных пациенты были разделены на две возрастные группы: молодые (19-30 лет, n=5) и пожилые (старше 45 лет, n=16). В контрольную группу вошли 5 молодых и 5 пожилых, практически здоровых добровольцев. Для анализа ЭЭГ было использовано преобразование вейвлет. Сотрудниками нашей клиники были разработаны программы для количественной оценки данных, полученных при вейвлетном анализе.

Полученные результаты. В работе представлены данные об особенностях доминирующего альфа диапазона (частота от 8 до 12 Гц). В группе молодых пациентов с 1-й стадией болезни Паркинсона доминирующая частота ЭЭГ была приблизительно на 2 Гц выше, чем у молодых здоровых добровольцев (средние величины соответственно $12,23 \pm 0,17$ Гц и $10,07 \pm 0,04$ Гц). У пожилых пациентов с болезнью Паркинсона 1-й стадии также наблюдалось повышение частоты по сравнению с нормой. В среднем по всей группе частота была $11,05 \pm 0,14$ Гц, т.е. ниже, чем в группе молодых пациентов. Средняя частота для пожилой нормы составила $9,82 \pm 0,41$ Гц. Оказалось, что пожилых пациентов можно разделить на 2 подгруппы: у 12-и из них, так же как и у молодых пациентов, средняя частота доминирующего ритма ЭЭГ составляла $11,88 \pm 0,11$ Гц, т.е. имелось достоверное превышение над частотой ЭЭГ пожилой нормы, а у 4-х пациентов наблюдалось понижение частоты до $8,57 \pm 0,11$ Гц.

Заключение. Проведенный анализ позволил обнаружить, что на ранних стадиях болезни Паркинсона имеется повышение частоты доминирующего ритма ЭЭГ у молодых пациентов и у большей части пожилых пациентов, в отличие от более поздних стадий заболевания, для которых характерно снижение частоты доминирующего ритма. Возможно, повышение частоты ЭЭГ отражает некоторые стороны компенсаторных пластических перестроек, происходящих на ранних, доклинических стадиях болезни Паркинсона, т.е. может служить одним из маркеров начала болезни.

НЕИНВАЗИВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Парпиева Д. А., Каримов М.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования – изучить возможность применения доступных клинико-биохимических лабораторных исследований, количество тромбоцитов, уровня альбумина, глюкозы в крови для диагностики выраженности ФП (фиброза печени).

Материал и методы исследования. Были обследованы 60 пациентов (38 мужчин и 22 женщин) с ХГС (хронический гепатит С), средним возрастом $36,0 \pm 6,7$ год, находящихся на стационарном лечении в НИИЭМИЗ. Сопоставимая по полу и возрасту, контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц. Этиологическая верификация вирусного гепатита С проводилась методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также с помощью полимеразной цепной реакции наборами реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Ультразвуковая эластография (УЗЭ) печени проводилась с помощью аппарата FibroScan (EchoSens, Франция), значения плотности печени выражены в кПа. Общий анализ крови исследовали на гематологическом анализаторе Medonic-620M (Швеция). Для исследования концентрации альбумина, а также других печеночных тестов использовали автоматический анализатор Architect-4000 (Abbott, США). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 7.0 (StatSoft).

Результаты исследования и их обсуждение. Для изучения влияния исследуемых факторов на скорость развития фиброза печени были комплексно проанализированы данные анамнеза всех больных ХГС и установлена предполагаемая длительность инфицирования, которая у пациентов с ХГС варьировала от 2 до 16 лет и в среднем составляла $4,96 \pm 3,59$ года. При сравнительном изучении предполагаемого периода инфицирования в зависимости от пола больных ХГС выявлены достоверные различия. У мужчин средняя длительность заболевания была короче и составляла $4,3 \pm 2,9$ года, у женщин – $5,5 \pm 2,8$ года. Анализ длительности заболевания в зависимости от генотипов вируса не дал значимых различий. Предполагаемая длительность инфекционного процесса у пациентов с HCV-1 варьировала от 2 до 16 лет, в среднем – $5,1 \pm 3,6$ года, у больных с HCV-2, 3 была от 2 до 13 лет, в среднем – $5,1 \pm 3,4$ года. По результатам УЗЭ, в группе из 60 пациентов с ХГС у 15 человек фиброза не было (F0), 22 больных имели умеренный ФП (F1-2), у 23 пациентов с ХГС наблюдался выраженный фиброз с переходом в цирроз печени (F3-4). Была установлена корреляционная связь высокой степени между плотностью печеночной ткани, по данным УЗЭ, с тремя лабораторными параметрами крови: тромбоцитами, альбумином, уровнем глюкозы. Отсутствие фиброза печени у больных ХГС (F0) диагностируется при количестве тромбоцитов в крови более или равно $282 \times 10^9/л$, уровне альбумина в сыворотке более или равно $47,3$ г/л, уровне глюкозы равно $5,36$ ммоль/л средние показатели. Стадия умеренного ФП (F1-2) верифицируется при количестве тромбоцитов в крови более или равно $200 \times 10^9/л$ и менее $282 \times 10^9/л$, уровне альбумина более или равно $44,1$ г/л и менее $47,3$ г/л, уровня глюкозы $4,69$ ммоль/л в среднем. Стадия выраженного ФП (F3-4) устанавливается при количестве тромбоцитов в крови менее $200 \times 10^9/л$, уровне альбумина в сыворотке менее $44,1$ г/л и уровне глюкозы $5,1 - 4,16$ ммоль/л. С учетом установленных показателей возможно дифференцировать выраженный и умеренный ФП, а также определить его отсутствие у больных ХГС.

Заключение. Количество тромбоцитов, концентрация альбумина и уровень глюкозы могут эффективно применяться как непрямые, доступные показатели оценки фиброза печени у больных с ХГС и стратифицировать стадии фиброза. Снижение количества тромбоцитов и альбумина ниже пороговых значений $282 \times 10^9/л$ и $47,3$ г/л, а также уровня глюкозы ниже $4,5$ могут служить предикторами фиброза печени.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ T2-КАРТОГРАФИРОВАНИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ

Пирназаров М.М., Махмудов Д.Э., Цой С.А.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК Узбекистана, Ташкент

Актуальность: В результате действия радиочастотного импульса магнитные моменты атомов водорода меняют свое направление, при выключении радиочастотного импульса происходит восстановление первоначального направления. Процесс восстановления называется релаксацией. Время релаксации изменяется от одного типа ткани к другому. Это различие времен релаксации используется в магнитно-резонансном томографе (МРТ), чтобы отличить нормальные и патологические ткани. Каждая ткань характеризуется двумя временами релаксации: T1 (время продольной релаксации) и T2 (время поперечной релаксации). Время эхо (TE или Echo Time) – интервал между радиочастотным импульсом и пиком сигнала (эхо), индуцированного в катушке. Степень T2 релаксации определяется через TE, в свою очередь TE значительно влияет на контраст изображения во всех типах последовательностей. T2 имеет две базовые характеристики: TR-длинное и TE-длинное.

Цель и задачи исследования: изучение возрастных изменений суставного хряща коленного сустава у футболистов на основе оценки времени релаксации T2 на МРТ.

Материал и методы: 92 футболиста были разделены на 2 группы. 1 группу составили 46 пациента в возрасте до 30 лет, 2 группу – 46 человек в возрасте старше 30 лет. Исследования проводились на МРТ аппарате Philips Ingenia 1.5 Tesla с применением стандартных режимов и sT2Cal TSE-coronal. Обработка результатов проводилась с использованием

программы MR Cartilage Assessment. Стадирование повреждений суставного хряща коленного сустава (КС) оценивалось по результатам картирования структуры суставного хряща и временем T2 релаксации.

Результаты: При патологических процессах, увеличивается содержание воды в тканях, что приводит к увеличению интенсивности сигнала на T2-взвешенных изображениях. Результаты проведенных исследований позволили выявить дегенеративные изменения суставного хряща КС в 54% случаев, а повреждения в 4% случаев в зависимости от возраста. Средние значения времени T2 релаксации в группе до 30 лет правого и левого КС составили 41,5 и 44,9 миллисекунды соответственно, а в группе от 30 лет соответственно 49,3 и 45,1. Выявлена закономерность повышения времени T2 релаксации КС с повышением возраста футболистов.

Вывод: применение T2 картографирования структуры хрящей КС можно рекомендовать для ранней диагностики, лечения и предупреждения осложнений заболеваний коленных суставов у футболистов.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Пулатов Ж.Д., Пулатова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия

Основной причиной трудностей в лечении артериальной гипертонии (АГ) является многофакторность данного заболевания, поскольку у пациента одновременно имеется несколько механизмов подъема и поддержания повышенного артериального давления (АД). Ключевым вопросом является правильный подбор комбинированной терапии, тем более что в настоящее время существует большое количество препаратов для снижения АД. Один из классов препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), – антагонисты рецепторов ангиотензина II, являются всё более часто назначаемыми лекарственными средствами для лечения АГ. Азилсартана медоксомил новый представитель класса антагонистов рецепторов ангиотензина II, в нашей стране он был зарегистрирован в 2016 г. В лечение артериальной гипертонии тиазидоподобные диуретики рекомендуются либо как препараты первого выбора, либо как одна из пяти групп препаратов первой линии в лечении АГ. В нашей стране наибольшее распространение получил индапамид (Индап), который вместе с препаратами, блокирующими РААС, часто используется в составе комбинированной антигипертензивной терапии.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность применения азилсартана медоксомила и индапамида у пациентов с эссенциальной АГ 1-2 степени на ремоделирование сердца и сосудов. Материалы и методы: В открытое проспективное клиническое исследование включили 62 больных (32 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 40 до 65 лет, страдающих АГ и хронической болезнью почек (ХБП). В зависимости от величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выделены 3 группы больных: 1-я группа (25 больных) — СКФ 90 мл/мин/1,73 м² и более (I стадия ХБП), 2-я группа (22 больных) — СКФ 89—60 мл/мин/1,73 м² (II стадия ХБП), 3-я группа (15 больных) — СКФ 59—45 мл/мин/1,73 м² (IIIa стадия ХБП). Азилсартана медоксомил (Эдарби) назначали в виде таблеток 40мг или 80мг 1 раз в сутки исходя из целевых уровней АД. Индапамид (Индап) 2,5 мг назначали 1 раз в сутки.

Всем пациентам применяемые до исследования антигипертензивные препараты были отменены за 7 дней до исследования. Всем больным проводили стандартные лабораторные исследования: общий анализ крови, сывороточный креатинин, мочевины, печеночные трансаминазы, билирубин, мочевины, мочевины, глюкоза, калий, натрий.

С помощью доплерэхокардиографии вычисляли конечный систолический и конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ), сердечный индекс (СИ), фракцию выброса ЛЖ и удельное периферическое сопротивление сосудов, толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при величине индекса массы миокарда. Диастолическую функцию ЛЖ изучали по трансмитральному кровотоку и вычисляли максимальную скорость быстрого и медленного кровенаполнения (Ve, Va) и время изоволюмического расслабления (IVRT).

Результаты и обсуждение: На фоне лечения наиболее выраженная динамика структурно-функциональных показателей ЛЖ отмечалась в 3-й группе, что объясняется значительными нарушениями форм ЛЖ в исходном состоянии. Так, в 3-й группе сердечный индекс увеличился в среднем на 9,7% ($p < 0,05$), фракция выброса увеличилась на 12,7% ($p < 0,05$). В 1-й и 2-й группах достоверно изменились только показатели трансмитрального диастолического кровотока, свидетельствующие об улучшении активной релаксации миокарда ЛЖ. Кроме того, у больных 2-й и 3-й групп достоверно уменьшился индекс массы миокарда ЛЖ: в среднем на 14,7% ($p < 0,05$) и 17,9% ($p < 0,01$) соответственно. Если во 2-й группе в основном снизились показатели толщины стенок ЛЖ (ТЗСЛЖ, ТМЖП), то в 3-й группе уменьшились как толщина стенок, так и конечный диастолический размер ЛЖ.

Одним из ранних проявлений гипертензивного ремоделирования ЛЖ является его диастолическая дисфункция, которая нередко предшествует развитию систолической сердечной недостаточности. В исходном состоянии спектр трансмитрального потока во всех группах соответствовал диастолической дисфункции, вызванной нарушением активной релаксации миокарда ЛЖ. Под влиянием лечения и в результате снижения постнагрузки и регресса ГЛЖ улучшились показатели трансмитрального потока во всех изучаемых группах, особенно во 2-й и 3-й. Выраженные структурные изменения сосудистой стенки и значительное снижение функции эндотелия выявлены у больных 3-й группы.

Таким образом, азилсартана медоксомил (Эдарби) является новым препаратом с высокой аффинностью к рецепторам AT1, который зарегистрирован в Узбекистане для лечения пациентов с АГ. Индапамид (Индап) является длительнодействующим тиазидоподобным диуретиком с доказанным в клинических исследованиях благоприятным влиянием на сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с АГ.

Выводы: Комбинация азилсартана медоксомил и индапамида обладает высокой антигипертензивной активностью, так же влияет на ремоделирование сосудов сердца и может рассматриваться как приоритетный выбор у пациентов с показателями для комбинированной терапии.

ГИПОДИНАМИЯНИ ШАХАР ВА ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШНИ ҶРГАНИШ

Ражабова Р.Ш., Нуриллаева Н.М., Шукурджанова С.М., Саидахмадов С.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги кунга келиб кам ҳаракатлиликка қарши кураш бутун дунё олимлари олдига қўйган асосий вазифа саналади. Юрак ишемик касаллиги ривожланишидаги асосий омиллардан бири бу гиподинамия бўлиб, биз уни аҳоли яшаш турмуш тарзи билан боғлиқ ҳолда ўрганишга қарор қилдик.

Тадқиқот мақсади: Юрак ишемик касаллиги билан оғриган шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи аҳоли орасида ҳавф омилларининг тарқалишини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Текширувга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология бўлимида даволанган жами 80 нафар (аёллар 40 нафар, эркеклар 40 нафар) беморлар танлаб олинди. Беморлар яшаш манзилига кўра шаҳар ва қишлоқда истиқомат қилувчи иккита гуруҳга ажратилди. Гуруҳларнинг ҳар бирида 21 нафар эркек ва 19 нафар аёл беморлар қатнашди. Биринчи гуруҳда ўртача ёш $59,4 \pm 4,1$ ёшни, иккинчи гуруҳда эса $63,7 \pm 3,8$ ни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари. Қишлоқ шароитида яшовчи эркеклар ухлаш учун ўртача 10 соат, телевизор кўриш учун тахминан 4 соат, ўртача темпда юриш, сайр қилиш энгил жисмоний тарбия машқлари учун кунига ўртача 3 соат вақт сарфлаши аниқланган. Бундан ташқари шу 3 соат ичида беморлар томорқага сув қўйиш, молларга қараш каби катта энергия талаб қилмайдиган ишларни бажаришган. Қишлоқда истиқомат қилувчи эркекларнинг 75% сигарет чекади, 95% алкоголь истеъмол қилади ва 75% беморда семизлик мавжуд. Шаҳарда истиқомат қилувчи эркеклар ухлаш учун ўртача 11 соат, телевизор кўриш учун 5 соат, юриш, сайр қилиш энгил жисмоний тарбия машқлари учун кунига ўртача 2 соат вақт сарфлайди. Шаҳарда истиқомат қилувчи эркекларнинг 65% сигарет чекади, 65% алкоголь истеъмол қилади ва 50% беморда турли даражада семизлик мавжуд.

Шаҳар шароитида яшовчи аёллар ухлаш учун кунига ўртача 10 соат, телевизор кўриш учун тахминан 4 соат, ўртача темпда юриш, сайр қилиш энгил жисмоний тарбия машқлари учун кунига ўртача 2,5 соат вақт сарфлайди. Бундан ташқари шу 2,5 соат ичида беморлар энгил уй юмушлари билан ҳам машғул бўлишади. Уларнинг 90% ида турли даражада семизлик мавжуд. Қишлоқ шароитида яшовчи аёллар кун тартибида ўртача 11 соатни ухлашга, телевизор кўриш учун тахминан 5 соат, ўртача темпда юриш, сайр қилиш энгил жисмоний тарбия машқлари учун кунига атиги 1,5 соат вақт сарфлайди ва қишлоқда истиқомат қилувчи аёлларнинг назарида кўни-қўшнилари, қариндошлари билан тоза ҳавода дам олиб ўтириш ҳам юриш каби энергия сарфланадиган иш сифатида тушунилади. Уларнинг 80% ида турли даражада семизлик мавжуд.

Хулоса. Шаҳар шароитида истиқомат қилувчи эркеклар қишлоқда яшовчи эркекларига нисбатан ухлаш ва маданий хордиқ чиқариш учун кўпроқ вақт сарфлайдилар. Қишлоқда истиқомат қилувчи эркеклар эса шаҳарда яшовчи эркекларга нисбатан кўпроқ сигарет чекадилар, алкоголь истеъмоли ва семизлик даражаси ҳам юқори. Қишлоқ аёлларининг 40% умуман юрмайди, жисмоний тарбия машқлари билан умуман шуғулланмайди. Шаҳарда яшовчи аёлларнинг семизликдаги улушлари қишлоқ аёлларига нисбатан юқори.

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Рамазанова Н.А., Дадабаева Н.А., Хамраев А.А.

Ташкентская медицинская академия

Остеоартроз (ОА) – не просто заболевание, связанное с нарушениями морфофункционального состояния суставов, но и нарушение обмена веществ, при котором развиваются метаболические расстройства, способствующие возникновению и прогрессированию системного патологического процесса.

Цель исследования – изучить частоту и структуру коморбидных заболеваний у больных остеoarтрозом.

Материал и методы. В исследование включены 105 больных полиартрозом, находившихся на лечении в ревматологическом отделении 1 клиники ТМА. Из них 87 женщин и 18 мужчин. По классификации ВОЗ больные были разделены по возрасту: молодой – 5(5%), средней – 31(39%), пожилой – 48(4%), старческий – 11(10%). Длительность заболевания колебалась до 2 лет у 14 (13%) больных и более 2 лет у 91 (87%). Преобладание поражения тазобедренного сустава при полиартрозе коксоартроз был у 36 (34%) и коленного сустава – гоноартроз у 69 (66%) больных. Диагноз ОА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Проводились опрос, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные исследования (ОАК, ОАМ, БАК, С-реактив белок, рентген, МРТ, денситометрия, УЗИ, ЭКГ).

Результаты и обсуждение. Коморбидные состояния диагностировались у 100% больных ОА. Ожирение отмечалось у 80 (77%), артериальная гипертензия у 74 (70%), ишемическая болезнь сердца у 45–(41%), анемия у 54–(51%), инфекция мочевыводящих путей (ИМП) у 59–(56%), сахарный диабет (СД) 2го типа у 21–(20%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) у 46–(41%) и у 10 (9,5%) хронический бронхит. Наибольшее внимание привлекает распространенное сочетание ОА с ССЗ, что обусловлено как общими патогенетическими механизмами возникновения деструктивного и воспалительного процесса в перихондриальных тканях и в эндотелиальной оболочке сосудов, так и ограничением физической активности. Хронический болевой синдром, метаболические нарушения у пациентов с заболеваниями суставов нередко являются причиной развития АГ, а затем и ИБС. Большое значение в оценке клинического состояния больных ОА имеет сочетание ожирения с АГ, ИБС и СД. Ожирение преимущественно отмечается при гоноартрозе и в меньшей степени при коксоартрозе.

Заключение. Женщины старше 50 лет страдают ОА примерно в 5 раз чаще чем мужчины. У больных ОА отмечена высокая частота транссистемности и трансзаболеваемости. В структуре коморбидности преобладают метаболические, кардиоваскулярные и инфекционно – воспалительные заболевания.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Рамазанова Н.А., Дадабаева Н.А., Хамроев А.А.

Ташкентская медицинская академия

Остеоартроз (ОА) – Распространенная, мультифакторная, прогрессирующая патология суставов, в связи с хроническим течением часто сочетается с другими заболеваниями внутренних органов.

Цель исследования – изучить частоту и структуру сопутствующих заболеваний у больных ОА крупных суставов.

Материал и методы. Мы изучили течение заболевания 105 больных полиартрозом (гоноартроз, коксоартроз), находившихся на лечении в ревматологическом отделении 1 клиники ТМА в возрасте 40-74 лет. Из них 87 женщин и 18 мужчин. Длительность заболевания колебалась от 2 и более лет, с преобладанием поражения коленных суставов - 66% больных. Диагноз ОА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Проводились опрос, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные исследования (ОАК, ОАМ, БАК, С-реактив белок, рентген, МРТ, денситометрия, УЗИ, ЭКГ).

Результаты и обсуждение. Ожирение отмечалось у 80 (77%), артериальная гипертензия (АГ) у 74 (70%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 45-(41%), анемия у 54-(51%), инфекция мочевыводящих путей (ИМП) у 59-(56%), сахарный диабет (СД) 2го типа у 21-(20%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) у 46-(41%) и у 10 (9,5%) хронический бронхит. Ожирение преимущественно отмечалось при гоноартрозе. Остальные заболевания одинаково часто сопутствовали ОА коленных и тазобедренных суставов.

ИБС в виде стенокардии напряжения и ПИКС диагностировались у 43% больных, аритмии (экстрасистолия, фибрилляция предсердий) у 6,6%, ножевые блокады у 7,6%. На ЭКГ метаболические изменения были у 42%, нарушение коронарного кровообращения у 27%, очаговые изменения у 5,6% больных.

Заключение. Коморбидность у больных ОА имела определенную структуру. Чаще всего ОА сочетался с ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди них преобладала АГ и у половины больных ИБС и ДЭ. Довольно часто отмечалась ИМП и анемия. Легочная патология встречалась редко. Развитие сердечно-сосудистой патологии связано с выраженным болевым синдромом и воспалительным процессом приводящими к поражению эндотелиальной оболочке сосудов.

АФАЗИЯЛИ БЕМОРЛАР НУТҚИНИ ТИКЛАШДА ЯНГИ ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ

Расулова М.Б., Расулова Д.К.

Тошкент тиббиёт академияси

Нутқ: инсонни инсон қилган энг мухим функция бўлиб, нутқ жараёнининг меъерий фаолияти учун бош мианинг турли бўлимларини баҳамжихат ишлаши зарур. Афазия - бу нутқнинг тўлиқ ёки қисман бузилиши бўлиб, нутқ функцияси учун жавобгар бош миё бўлимларининг органик зарарланиши туфайли келиб чиқади.

Ўзбекистон Республикаси 2019 йилдаги миллий инсулт регистрига кўра, инсултдан кейинги ногиронлик 83,8%ни, ўлим ҳолати 17%, бош миё чап ярим шарлари зарарланишидан туфайли келиб чиқадиган афазия эса 80% беморларда кузатилган.

Тадқиқот мақсади. Миё инсултдан кейинги афазиялар тикланиш динамикасида янги инновацион ёндашув - биринчи мобил илова «ЛОГОС» прототипини қўллаш ва аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва методлар. 2018-2019 йиллар давомида Тошкент Тиббиёт академияси неврология ва интенсив неврология бўлимида даволанаётган инсултдан кейинги нутқ бузилиши 1000дан ортиқ афазияли беморлар текширувдан ўтди. Улардан 600 тасида мотор нутқ бузилишлари афазия қайд қилинган. 60та беморга клиник неврологик текширувлар, нейровизуализация усуллари (бош миё МСКТси, МРТси)дан ташқари, логопед консултацияси ва «ЛОГОС» мобил иловаси прототипи билан машғулотлар ўтказилди.

Натижалар. Инсулт ўтказган афазияли беморлар нутқи реабилитациясида шунга амин бўлдики, афазиянинг асосий кўринишидан бири бу оғзаки нутқнинг қўпол бузилиши бўлиб, айрим ҳолларда ёки бемор алоҳида товушларни, сўз боғламларини айта олмайди, яъни тили, лаби ва бошқа артикуляция органлари билан маълум ҳаракатларни бажара олмайди, ёки бемор ушбу товушни айтади, лекин сўзда тушуриб қолдиради, яъни шу сўзга мос товушни танлай олмайди, учинчи ҳолатда эса, бемор гапидаги сўзларни бирлаштира олмайди. Тадқиқодимиз аввалида шу кунгача мавжуд афазияли беморларга мўлжалланган хорижий тилларда: асосан инглиз, испан, италиян ва биргина рус тилида мавжуд мобил иловалар билан танишиб чиқдик; You tube га муаммомиз ёритилган 5 та видеоролик жойлаштирдик, МҮРни қоғоз вариантини тугаллаб иловамиз прототипи ва дизайнини тузиб, беморлар билан логопедик машғулотлар олиб бордик. Афазиялар тикланиш динамикаси инсулт тури ва оғирлигига боғлиқлигини кўрсатди, 85% беморларда энгил ёки пўстлоқ шохларида ўтказган инсултда тикланиш динамикаси оғир ва чуқур томирлар зарарланишидаги динамикага нисбатан яхшироқ тикланишини кўрсатди. Тотал афазиялар 15% тикланишида биринчи бўлиб сенсор афазия белгилари тикланиб, кечроқ эса мотор афазия белгилари тикланиши гувоҳи бўлди. Янги логопедик шкала бемор нутқини баҳолашда қулай ва беморлар уйига кетгандан сўнг ҳам нутқ реабилитацияси учун мобил «ЛОГОС» иловасини ишлаши қарахланган нутқни тиклашга катта ёрдам берди. Афазиялар нейровизуализациясида ўткир даврида 50% МРТ кўрсаткичлари ўзгаришларни яққол кўрсатмай, МРТ даги ўзгаришлар ўтказилган инсултдан кейин тўлиқ 3 ойдан кейин яққол ифодаланди.

Хулосалар. 1. Инсулт ўтказган беморлардаги афазияни тиклашда логопедик машғулотларни эрта бошлаб, афазия динамикасини баҳолашда логопедик жадваллардан фойдаланиш самаралидир. 2. Афазияли беморларни нутқини тиклашни нафақат стационарда, балки бемор уйида ҳам жадал олиб бориш шарт ва бунда тиббиётда биринчи бор таклиф қилинаётган логопедик мобил иловалардан фойдаланиш самарали ҳисобланади.

ГЕНДЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рахимова М.Э., Кадирова Ф.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопровождается резким снижением качества жизни, снижением и утратой трудоспособности больных. Наличие высокой коморбидности приводит к росту смертности больных хроническими заболеваниями и социальной дезадаптации. Важным фактором персонализации подходов также являются имеющиеся гендерные особенности, которые могут проявляться в различной частоте склонности к тем или иным коморбидным состояниям.

Цель. Изучить гендерные особенности при коморбидных состояниях у больных ХСН на фоне ИБС.

Материал и методы. Обследованы 94 больных с ХСН на фоне ИБС в возрасте 43-84 лет, с изучением их гендерных показателей и коморбидности в зависимости от фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): сохранная ФВ ЛЖ >45% (СН-сФВ) и низкая ФВ ЛЖ <45% (СН-нФВ). Из них 49 мужчин и 45 женщин в возрастной категории 53±7,8 и 56±8,3 лет соответственно.

Результаты. При сопоставлении исследуемых групп отмечено, что женщины были старше мужчин, чаще имели избыточную массу тела ($\geq 30,1$) ($p < 0,001$). Большая часть курильщиков представлена лицами мужского пола ($p < 0,001$). При этом инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе чаще прослеживался в группе мужчин ($p = 0,004$). У 78 (83%) обследованных больных диагностирован ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). При оценке выраженности ХСН отмечено, что у женщин преобладали II и III функциональные классы (ФК) ($p < 0,001$), а у мужчин – наоборот, более тяжелые III и IV ФК ($p < 0,001$). Анализ коморбидной патологии в группах показал, что нарушение углеводного обмена, заболевания щитовидной железы, бронхиальная астма и варикозная болезнь чаще выявлялись у лиц женского пола ($p < 0,05$), а хронический гепатит ($p = 0,079$), хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) ($p = 0,01$) и мочекаменная болезнь - у представителей мужского пола ($p = 0,028$). Женщины чаще мужчин страдали артериальной гипертензией ($p = 0,01$), сахарным диабетом 2 типа ($p = 0,01$) и фибрилляцией предсердий ($p = 0,024$). При этом значимое атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей преобладало среди мужчин ($p = 0,022$). При расчете уровня коморбидности значимых межгрупповых различий также выявлено не было ($p > 0,05$). Однако в целом по популяции установлено преобладание среднего уровня коморбидной патологии, что составило 67,4% среди женщин и 70,3% среди мужчин. Изучение ХСН у больных с различными показателями ФВ ЛЖ показало, что в обеих группах преобладали мужчины. В группе СН-нФВ было больше больных с избыточным весом (39,4%) и пациенты с высоким уровнем коморбидности.

Заключение. Выявление коморбидной патологии у больных ХСН на фоне ИБС с учетом гендерных особенностей целесообразно для улучшения дальнейших лечебно-профилактических мероприятий.

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Рахматжонова Р.Р., Мирзаева Н. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

На сегодняшний день изучение депривации и ее отдельных видов является актуальной темой в социуме, которая позволяет понять и выяснить причины формирования личности в рамках неполноценности и ряда психогенных заболеваний. Один из видов депривации – материнская депривация, проявляющаяся при разлуки с матерью и приводит к различного рода психопатиям, неуверенности, чувству отвержения, отказу от пищи, депрессии, склонности к правонарушениям, многим нарушениям психического и физического развития.

А.Р.Шниц назвал абсолютную разлуку ребенка от матери госпитализмом, при котором депривированные дети проявляли маразм с последующей высокой смертностью. При долговременном отсутствии матери дети не подвергались лечению, даже при возвращении матери. По мнению американского психолога М.Райбла, отсутствие материнской опеки приводит к тяжелым соматическим расстройствам у детей с двух месяцев. Абсолютная разлука с матерью ребенка вызывает массивную материнскую депривацию, а это нарушение формирования полноценной личности, нарушение психического и интеллектуального развития, психические расстройства (фобия, депрессия, психопатия). Такие дети в силу своей неуверенности в себе не могут вступать в общение и устанавливать межличностные отношения, мало проявляют свои эмоциональные реакции.

У ребенка лишенного матери не с самого рождения, а позже, когда тесная эмоциональная связь уже возникла, возможен шок. Ребенок находится в отчаянии, позже может впасть в апатию, возвращается на более ранние этапы развития - регрессию, утрачивает уже сформированные навыки. Дети постарше могут начать мочиться в постель, требовать той же ласки, которая дается детям в более раннем периоде развития. Будучи в подростковом периоде начинается склонность к правонарушениям.

Факторы, служащие причиной возникновения материнской депривации:

- - послеродовая ситуация, когда ребенка не сразу отдают матери;
- - ситуации длительных отъездов матери;
- - когда за ребенком ухаживают другие опекуны;
- - при отказе матери от ребенка или смерти матери;
- - когда отдают в детский сад преждевременно.

Ребенок может перенести депривацию не только в случае отсутствия матери, а также это может проявляться недостаточностью внимания и ласки к ребенку со стороны матери. Например, в многодетных семьях, или в семьях где ребенок недостаточно получает эмоциональные стимулы от матери, или в семьях где отношения между родителями неблагоприятные.

Прогноз компенсации нарушений формирования личности зависит от продолжительности нахождения в условиях депривации и от возраста ребенка. В первый месяц разлуки ребенок плачет, на втором - плач переходит в крик, а на третьем месяце эмоциональные реакции детей становились ригидными. Шниц установил, что четвертый месяц разлуки связан с развитием "анаклитической депрессии", при котором дети отказывались в питании, общении и, в случае не

возвращения матери, дети погибали. Самое ужасающее то, что в ходе исследования Шпица на пятый месяц дети необратимо впадали в состояние маразма и умирали. Существует множество методов реабилитации материнской депривации. Одним из них является метод венгерского психолога М.Кечки, в рамках приюта, он предложил уменьшить количество детей до 8, за которыми присматривает 1 няня, а также уменьшить количество детей, которым уделяет внимание каждая няня, до четырех. В результате достигалось установление семейных отношений.

Таким образом, выяснено, что для развития психического здоровья ребенка, формировании его объективной самооценки, роль матери безусловно велика. Условия обилия любви, тепла, ласки и заботы к ребенку являются профилактикой депривации. Однако, если ребенок постоянно будет претерпевать дефицит эмоциональной теплоты со стороны матери, это в последующем приведет к неуверенности, боязни вступать в межличностные отношения и быть отвергнутым, к неумению проявлять эмоции и чувства, депрессии, психопатии и многим другим расстройствам личности.

Литература

1. Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации (сообщение 1) // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14 Психология. №1., 2004. - с. 70-87
2. Розенберг М. Общество и самопредставление подростков. Принстон, НЖ: Издательство Принстонского университета, 1965
3. Зимбардо Ф. Формирование самооценки. Самосознание и защитные механизмы личности // Самара. Изд. Дом «Бахрах», 2003.
4. Мирзаева Н.А., Мирзаева Ш.Р., Минаварова Ш. Особенности формирования самооценки у ребенка // Международный научно-практический журнал "Теория и практика современной науки" №10 (28) 2017, октябрь 2017 год. Россия, с. 134-137
5. Мирзаева Н.А. Факторы, влияющие на формирования личности // Материалы научно-практической конференции "Актуальные проблемы экологии и гигиены в Узбекистане" 2009, с. 180-181.
6. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды // Л.И. Божович. – Москва: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. – 352 с. – (Психологи Отечества). – ISBN 5-87224-086-4.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИБС НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ МАСЛО РАСТОРОПШИ

Рахматуллаева Н.Т., Жаббаров А.А., Надирова Ю.И., Кадилова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается главной причиной смерти в промышленно развитых странах с растущей тенденцией в развивающихся странах. Гиперхолестеринемия – один из наиболее значимый фактор риска ИБС. Статины играют важную роль для достижения коррекции дислипидемии. Обычно терапия статинами хорошо переносится, однако возможно развитие побочных эффектов: рабдомиолиз и повышение печеночных ферментов – аминотрансфераз. С учитываем повышение маркеров цитолиза при гипополипидемической терапии, прием гепатопротекторными лекарственными средствами приводит снижения побочных эффектов статинов. Масло расторопши - один из традиционных гепатопротекторных средств, который составляющих целый комплекс антиоксидантных биофлавоноидов под названием силимарин.

Цель исследования: в связи с этим целью нашего исследования явилось изучить показатели функции печени у больных со стабильной стенокардией напряжения ФК II–III на фоне комбинированной терапии аторвастатином и маслом расторопши.

Материал и методы исследования. В исследование включили 32 больных со стабильной стенокардией напряжения ФК I–III. Все больные были разделены на 2 группы. 15 пациентов со стабильной стенокардией I–III функционального класса (ФК), которые получали стандартную терапию вместе с маслом расторопши вошли в основную группу (I группу). В контрольную группу вошли 17 больных с ИБС получивших только базисную терапию без расторопши. Исследование проводилось в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии. Верификация диагноза базировалась на основании клинико-лабораторных (индекс массы тела-ИМТ, объем талии (ОТ), повышение уровня ХС и ХСЛПНП) и инструментальных (ЭКГ, велоэргометрия, ЭхоКГ и Холтеровский мониторинг) методов исследованиями.

Все больные принимали препараты для лечения стабильной стенокардии согласно стандартам: антиангинальные препараты, в-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антикоагулянты, антиагреганты. Всем больным назначили аторвастатин 20 мг вечером после ужина, а больные основной группы принимали масло расторопши (силимарин) в течении 3 месяцев. (1 чайной ложке (3 г) 3 раза в день во время еды). Всем больным до и после лечения наряду с общеклиническими исследованиями проводили ОАК, ОАМ, биохимический анализы крови, в том числе, уровень АЛТ, АСТ, общий билирубин, осуществлен серологический скрининг на наличие вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV), исследовался липидный спектр крови (триглицериды, общий холестерин, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), коагулограмма, ЭКГ, Холтеровское мониторирование. Показатели внутрисердечной гемодинамики определялись с помощью ЭхоКГ. Для оценивания функционального состояния печени после проведенной 3 месячной терапии аторвастатинами вместе с маслом расторопшей и стандартным лечением без расторопши всем обследованным проведены вышеуказанные лабораторно-инструментальные исследования.

Результаты исследования: на фоне терапии аторвастатином вместе с маслом расторопшей после 3 месяцев наблюдения значение печеночные трансаминазы по сравнению с исходными показателями, имела место тенденция к снижению среднего значения уровня маркеров цитолиза: через 3 месяца средний уровень АЛТ понизился до 51,23±2,25 МЕ/л ($p<0,05$), АСТ до 42,08±1,34 МЕ/л ($p<0,05$) у 9 больных (60%), у 6 пациентов наблюдалось стабилизации уровня печеночных ферментов. В 1 группу исследования, после проводимой терапии у пациентов улучшились показатели липидного профиля: у большинство 11 (73%) больных наблюдалось нормализация уровня ОХ, ХС ЛПВП, а у 4 (26%) было достигнуто снижения уровня ХС ЛПНП. Также, у 11 (64,7%) пациентов включенных в 2 группу исследования, улучшились липидного спектра и отмечалась тенденция к повышению среднего значения уровня маркеров цитолиза у 4 (23,5%) больных во 2 группе и стабилизации у 13 (76,4%) больных. Одновременное применение отечественного расторопшей с аторвастатином у больных с исходно повышенным уровнем маркеров цитолиза приводит к достоверному снижению уровня печеночные трансаминазы у больных ИБС, что представляет интерес в разработке методов повышения эффективности и безопасности гипополипидемической терапии.

Заключение. Применение аторвастатина вместе с маслом расторопши является эффективным и безопасным для пациентов с умеренно выраженным цитолитическим синдромом на фоне базисную терапию ИБС. Эту комбинацию благоприятно влияет как на функции печени, так и на липидный спектр по сравнению у больных 2 группы, которые получали только стандартную терапию без маслорасторопши. Пациентам со стабильной стенокардией напряжения ФК 2-3 следует рекомендовать статиноterapiи (аторвастатин 20 мг по 1 таб вечером после еды) в сочетании с маслами расторопши (по 1 чайной ложке (3 г) 3 раза в день во время еды).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Рузматов Ш.Х., Усманходжаева А.А.

Ташкентская медицинская академия

Повышение физической работоспособности представляет собой проблему не только спортивной отрасли, но и общую социальную проблему оздоровления нации, при обеспечении снижения фармакологической нагрузки и использования главным образом немедикаментозных средств оздоровления. Особую актуальность это представляет в отношении спортсменов высокой квалификации, для которых применение даже хорошо известных лекарственных средств очень ограничено, а в некоторых случаях и недопустимо.

Цель исследования: изучение влияния общей криотерапии на восстановительные процессы у спортсменов различных видов спорта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 55 спортсменов в возрасте от 17 до 33 лет (средний возраст $22,43 \pm 2,17$ лет), среди них 40 мужчин и 15 женщин. Спортивный стаж составлял от 8 до 23 лет (в среднем $12,63 \pm 3,27$ лет). Распределение по видам спорта было следующим: карате – 6 спортсменов (11%), дзюдо – 6 (11%), гребля на байдарках – 22 (40%), велоспорт – 9 (16%), легкая атлетика – 7 (13%), тяжелая атлетика – 5 (9%). Критериями исключения из исследования являлись общие противопоказания к физиотерапии и гиперчувствительность к холодовому фактору.

Все спортсмены проходили постнагрузочную реабилитацию с применением общей криотерапии в медицинском центре «KRIOMED» г.Ташкента. ОКТ проводилась в специальной криокамере, где кожные покровы в течение 2–3 мин испытывали температурный стресс, не претерпевая повреждения. ОКТ предусматривала полное погружение обнаженного тела в газовую среду при температуре от -110 до -180 °С. Продолжительность первой процедуры составляла 2 минуты, последующие – 3 минуты, общий курс 10 процедур.

Выводы. Таким образом, кратковременное воздействие криогенных температур, не истощая энергетические резервы и не нарушая функциональные механизмы организма, является своеобразным тренингом организма спортсмена, активизирует восстановительные процессы и открывает новые широкие возможности повышения работоспособности у представителей различных видов спорта.

ALLERGIC RHINITIS RISK FACTORS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Saidkhonova A.M.

Tashkent medical academy

Allergic rhinitis is an inflammatory disease of the nasal mucosa due to immunoglobulin E (IgE) associated with exposure to a sensitizing (causally significant) allergen and manifested by at least two symptoms - sneezing, itching, rhinorrhea or nasal congestion.

The most common association is bronchial asthma (BA) and allergic rhinitis (AR). According to numerous epidemiological studies, about 75% of patients with bronchial asthma have allergic rhinitis, and among patients with allergic rhinitis, from 20% to 40% suffer from bronchial asthma. Allergic rhinitis and bronchial asthma, of course, are interrelated diseases. Understanding the mechanisms of interconnection can contribute to timely diagnosis and increase the effectiveness of therapy for both AR and BA when combined. AR is one of the risk factors for asthma. In an international survey involving 8 countries in Europe and Asia, 76% of children with newly diagnosed asthma noted the existence of previous symptoms of AR. The evidence of the relationship between AR and BA is primarily due to the results of numerous epidemiological studies: 30-40% of AR patients have BA, and clinical manifestations of AR are found in more than 80% of patients with atopic BA.

Materials and methods: A retrospective study was conducted from 2016 to 2019 at the clinics of the Tashkent Medical Academy, and included 82 patients aged 2-13 years. From the medical history and outpatient map studied demographic characteristics: age, gender, place of residence, clinical characteristics: duration of disease, severity of AR and course of AR (intermittent course: symptoms <4 days a week or <4 weeks a year; persistent course, symptoms > 4 days a week or > 4 weeks a year) according to the classification of ARIA, 2008 (Allergic Rhinitis and Impaction Asthma), concomitant allergic diseases (the severity of bronchial asthma was determined according to the classification of GINA, 2011 (Global Initiative for Asthma). The average age of the examined children with AR was 10.5 ± 2.3 years, boys $n = 37$ (45.2%), girls $n = 45$ (54.8%), the average duration of the disease was 4.3 ± 2.5 years. The place of residence was: city 62%, village 38%. 82 children with AR had comorbid allergic diseases, including allergic conjunctivitis in 27 children (32%), in 18 children (21%) bronchial asthma. According to the severity of AR and the course of AR classification ARIA: intermittent-mild severity was 3.7%; persistent - mild severity of 20.1%; intermittent-moderate / severe severity of 20.6%; persistent - moderate / severe severity 55.6%; and the severity of bronchial asthma was determined according to the GINA classification – intermittent 58.3 %, light persistent 23.6%; moderate persistent 18.1%, severe persistent 0%. An allergological examination was performed on all patients. In the majority of children, sensitization to house dust mites - 56%, to pollen of trees - to 28%, to pollen of meadow herbs - to 38%, to pollen of weeds - to 24%, to epidermal allergens - to 22%. 48% of children with AR were monosensitized and, accordingly, 52% were polysensitized.

Conclusions: According to the retrospective results of the study, most children have moderate / severe severity and persistent AR, as well as comorbid allergic diseases.

FAOLLASHTIRILGAN KORALL KALSIYNING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI

Saydiasqarov S.S., Xayitova Sh. Q., Yusupxo'jayeva X. S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbligi: Kalsiy inson organizmidagi eng keng tarqalgan noorganik element bo'lib, uning umumiy tarkibi, taxminan, odam tanasi massasining 1,4% ni tashkil etadi. Kalsiy miqdorini oshishi oziq-ovqat o'zlashtirilishini yaxshilaydi. Kalsiy to'g'ridan-to'g'ri eng murakkab jarayonlarda, masalan, qon ivishida qatnashadi, uning yetishmovchiligidan kichik qon tomirlar o'tkazuvchan bo'lib qoladi. Hujayra membranasi o'tkazuvchanligini tartibga solish, asab va mushaklarning qisqarishi jarayonlarini tartibga solish, barqaror yurak faoliyatini ta'minlash, suyak shakllanishi, tishlarning minerallashuvi jarayonlarida ishtirok etadi.

Ca²⁺ asab impulslarini o'tkazish jarayonini amalga oshishida, skelet mushaklari va yurak mushaklari qisqarishida, suyak to'qimalarini shakllanishida, fermentlar faoliyatini boshqarilishida va boshqa a'zo hamda tizimlarning me'yoriy faoliyatini ta'minlashda ishtirok etadi. Hozirgi kunda kalsiy yetishmovchiligini davolashda turli dori vositalaridan foydalaniladi. Lekin ularning organizmga singish samaradorligi birmuncha past miqdordadir. Bunga sabab ularning ovqat hazm qilish sistemasi orqali singishidir. Masalan, kalsiy glyukonat organizmga yuborilganda uning 9,1% igina organizmga singadi. Bu ko'rsatkich kalsiy fosfatda 14,3%, kalsiy laktatda 16,7%, dengiz korallaridagi kalsiy karbonatda esa 40% ni tashkil etadi. Yaponiyaning Okinava orolida o'suvchi bu korallarning xossalari o'rganilib undan nanotexnologiya vositalarini qo'llash orqali organizmga 97% gacha singadigan korall kalsiy laktat ixtiro qilindi. Bu korall kalsiy laktat mutlaqo tabiiy bo'lib, hattoki, dori vositasi ham emas. Uning organizmga yuqori darajada singishida til ostidagi kapillarlar orqali so'rilishi ham muhim ahamiyat kasb etadi. Okinava orolida 50.000 yil davomida hosil bo'lgan korall orollaridan olinadigan bu biologik aktiv qo'shimcha tarkibida 60 dan ortiq dengiz minerallari saqlanadi.

Tadqiqot maqsadi: Faollashtirilgan korall kalsiyning organizmidagi ahamiyatini o'rganish va kalsiy elementining organizm uchun naqadar muhim ekanligini ilmiy jihatdan asoslash.

Tadqiqot materiallari: Tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiy va biologik kimyo kafedrasida hamkorligida 30 nafar TTA 1- kurs talabalarida so'rovnomaga shaklida o'tkazildi. Bunda har bir talabaga kuniga 2 tadan korall kalsiy tabletkalari iste'molga berildi. Talabalarning 21 nafari o'g'il bolalar (70%), 9 nafari qiz bolalar (30%) tashkil etadi.

Ilmiy tadqiqot natijalari: Olingan ma'lumotlarga ko'ra bosh og'rihi kuzatilgan 30 ta talabada bu biologik aktiv qo'shimchani 15 kun davomida iste'mol qilindagina 25 tasidan (83,3%) og'riq o'rtacha bo'lgan, 5 tasida (16,67%) esa og'riq kuchli bo'lgan. 1 oy iste'moldan so'ng es 25 tasida og'riq butkul yo'qolgan, 5 tasida og'riq o'rtacha bo'lgan. Bo'yin va yelkadagi og'riqlar 1 oylik iste'moldan so'ng 27 ta talabada (90%) yaxshi tomonga o'zgargan. Holsizlik, stress, asabiylikdan shikoyat qilganlarning 90% oldingi sog'lom holatiga qaytgan.

Xulosalar: Kalsiy elementi odam organizmining muhim ajralmas qismi bo'lib, uning 1 gr bo'lgan odam organizmining kunlik ehtiyojini qabul qilish sog'lik uchun juda foydali. Kalsiy elementini o'zlashtirishda tabiiy mahsulotlar va ayniqsa, korall kalsiydan foydalanish yuqori samara berib, aholi o'rtasida kalsiy yetishmovchiligini oldini olishda muhim vosita hisoblanadi.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО НВВ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сайдахмедов К.Б., Ташпулатова Ш.А., Султонова Г.Ю., Максудова З.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель: изучить клинико-лабораторную характеристику хронического вирусного гепатита В у беременных в зависимости от периода беременности

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни беременных с хроническим вирусным гепатитом В, которые были госпитализированы в первую городскую инфекционную больницу за период 2016-2018 годы. Анализ клинических и лабораторных данных проведен в зависимости от триместра беременности.

Обсуждение: средней возраст женщин составил 25,8±0,45 лет. Все беременные знали о своём HBSAg статусе. При анализе выявлено, что у 20,2% (15) больных была первая беременность, у 50,0% (37) вторая, у 14,9% (11) третья и еще у 14,9% (11) четвертая. Прежние беременности у 79,7% (47) женщин закончились с нормальными родами, у 3,4% (2) мертворождением ребенка, у 10,2% (6) с выкидышами в различных триместрах и у 6,8% женщин были проведены аборты. Большая часть беременных обращалась в клинику на III-триместре беременности (62,2%), 25,7% - на II-триместре, 12,3% - на первом триместре беременности. Основными жалобами беременных были: желтушность кожных покровов - 17,6%, слабость - 100,0%, боли в суставах - 44,6%, тошнота - 90,5%, рвота - 47,3%, боли в животе - 74,3%. При анализе клинических данных в зависимости от триместра выявлено, что у всех беременных на первом триместре хронический процесс протекал со слабостью и гепатомегалией, у 55,6% больных с нарушением сна, у 88,9% - тошнотой, у 66,7% - рвотой, у 22,2% - болями в суставах, у 55,6% - болями в животе, у 33,3% - желтушностью кожных покровов, у одной больной во время беременности отмечалось осложнение хронического процесса с развитием цирроза печени и выраженной спленомегалией (11,1%). Во втором триместре хронический процесс также протекал со слабостью (100,0%), нарушением сна (84,2%), тошнотой (89,5%) и рвотой (36,8%), болями в суставах (78,9%), болями в животе (63,2%), желтушностью кожных покровов (5,3%), гепатомегалией (100,0%). В третьем триместре был выражен астеновегетативный синдром (слабость - 100,0%, нарушение сна - 41,3%), диспептический синдром (тошнота - 97,8%, рвота - 47,8%, боли в животе - 82,6%), артралгический синдром - 34,8%, желтушность - 19,6%, в этой группе тоже в 100,0% случаях была характерна гепатомегалия, у 2 (4,3%) женщин наблюдалась кровотоочивость десен.

При анализе данных УЗИ матки у 10 (13,5%) беременных выявлена гипоксия плода, у 20,3% - умеренный тонус мышцы матки, у 5 (6,8%) - угроза преждевременных родов.

Анализ показателя АЛТ в зависимости от периода беременности достоверных различий не выявил. Так, у 58,1% беременных не зависимо от периода беременности показатель АЛТ оставалось неизменным, у 28,4% наблюдалось его повышение в среднем до 1,2±0,03, у 13,5% - повышение до двух раз от нормы (2,3±0,12).

Выводы: 1. Клиническая картина хронического НВВ-инфекции в независимости от периода беременности характеризуется преобладанием астеновегетативного (80,2%) и диспептического синдрома (64,6%). Статистически достоверно артралгический синдром чаще встречался у больных на втором (78,9%) триместре беременности. Синдром холеста-

за у беременных первого триместра отмечался в 33,3% случаев и в 6 раз он чаще встречался, чем во втором (5,3%), и в 2 раза чаще чем третьей триместре (19,6%).

2. Хроническая HBV инфекция отрицательно влияет на фетоплацентарный комплекс, что проявляется гипоксией плода (13,5%), умеренным тонусом мышцы матки (20,3%), угрозой преждевременных родов (6,8%).

3. В 58,1% случаев ХВГВ у беременных показатель АЛТ остается неизменным.

ОЦЕНКА ГИПОАЗОТЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НЕФРОЦИЗИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III-IV СТАДИИ

Сайитхонов С.М., Жаббаров А.А., Саидхонова А.М.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Последнее десятилетие принесло немало открытий в отношении особенностей течения и тактики лечения хронической болезни почек. Была выявлена многофакторная ее природа, включающая нарушение белкового, водно-электролитного, минерального обмена и другие нарушения, выявляемые при лабораторных исследованиях. Тем не менее, важнейшим проявлением ХБП, влекущим к смертельным осложнениям, остается уремическая интоксикация.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность препарата Нефроцизина в качестве гипозотемического средства.

Материал и методы исследования. В клиническом исследовании были включены 60 больных находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии, с клинической установленной диагнозом хроническая болезнь почек, III-IV стадии. Под нашим наблюдением находились 60 больных хронической почечной недостаточностью разной этиологии, из них 31 (52 %) мужчин и 29 (48 %) женщин. Опытную группу составили пациенты от 18 и более лет в возрасте от 19 лет до 73 лет. Средний возраст больных составил $50,8 \pm 3,3$ лет. Из них женщин - 13 (43,3%) и мужчин 17 (56,7%). В группе сравнения с такими диагнозами и соответствующим возрастом в возрасте от 20 лет до 74 лет. Средний возраст больных составил $47,7 \pm 2,9$ лет. Из них женщин - 16 (53,3%) и мужчин 14 (46,7%). Скорость клубочковой фильтрации (рассчитывали по формуле Коккродта-Голта) у обследованных больных соответствовала ХБП III-IV ($30-59$ мл/мин). Состояния азотистого обмена оценивали по показателям мочевины, креатинина в сыворотке которые определялись общепринятыми методами. Длительность исследования составила 20 дней. Контрольным точками исследования явились первый, десятый и двадцатый день лечения. Все больные с диагнозом ХБП 3-4 стадии получали традиционное лечение, включавшее коррекцию кислотно-щелочного баланса, водно-электролитных нарушений. Больные были произвольно разделены на 2 группы (А и В) по 30 человек, сопоставимые по полу, возрасту, весу и росту.

В группу А включили больных, которым в дополнение к традиционной терапии ХБП назначали препарат нефроцизин в дозе 50 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки в течении 20 дней. В группу В включили, получавших традиционное лечение.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента для парных и непарных переменных. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Проведённые исследование показали, что в опытной группе до лечения значение систолического артериального давления (САД) был равен $153,3 \pm 4,2$ мм.рт.ст. а значение диастолического артериального давления (ДАД) был равен $90 \pm 1,9$ мм.рт.ст, соответственно. Приходя на 20 день лечения, в опытной группе получавших «Нефроцизин» значение САД составило $136,7 \pm 2,9$ мм.рт.ст. и ДАД $83,7 \pm 1,3$ мм.рт.ст. соответственно. В контрольной группе среднее значение САД был также равен до лечения $145,3 \pm 4,0$ мм.рт.ст, а ДАД $88,0 \pm 2,3$ мм.рт.ст., соответственно. В контрольной группе получавших базисную терапию, после лечения среднее показатели САД составил $138,3 \pm 4,0$ мм.рт.ст и ДАД $84,2 \pm 1,9$ мм.рт.ст., соответственно. Необходимо отметить и то, что исходные значения САД и ДАД как у больных опытной группы, так и у больных контрольной группы существенно не отличаются.

Динамика пульса на фоне лечения обследуемых больных существенно (статистически значимо) не отличаются. Если в опытной группе среднее значение пульса был равен до лечения $81,8 \pm 1,7$, а после лечения был равен $76,8 \pm 1,0$.

Согласно полученным результатам, скорость клубочковой фильтрации, оцененная в начале и в конце исследования, оставалась стабильной ($46,07 \pm 0,52$ мл/мин и $47,57 \pm 1,16$ мл/мин в группе А, $42,07 \pm 1,16$ мл/мин и $45,07 \pm 0,82$ мл/мин в группе В;). Показатели мочевины и креатинина до лечения в группе А составляла $10,4 \pm 0,92$ ммоль/л и $297,6 \pm 5,5$ мкмоль/л соответственно. Уровень остаточного азота была равна - $52,4 \pm 4,2$ ммоль/л. В группе В были следующие показатели: мочевина - $10,9 \pm 1,1$ ммоль/л, креатинин - $279,6 \pm 4,9$ мкмоль/л, остаточный азот - $57,6 \pm 4,2$ ммоль/л. После 20 дней лечения, у больных в группы А отмечалась заметное снижение вышеуказанных показателей (мочевина - $8,2 \pm 0,7$ ммоль/л, креатинин - $212,7 \pm 4,1$ мкмоль/л, остаточный азот - $49,6 \pm 4,8$ ммоль/л.). У больных группы В, такой динамики не наблюдалось.

Вывод. При использовании Нефроцизина наблюдается уменьшение среднего показателя мочевины и креатинина гораздо быстрее, чем в группе получавших только традиционное лечение. Уменьшение уровней мочевины и креатинина говорит о том, что при использовании Нефроцизина уремия и интоксикация организма снижаются быстрее, чем при использовании только традиционное лечение.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХСН НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ СД ТИПА 2, А ТАКЖЕ ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Салимова Г.Х., Нажмутдинова Д.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Согласно данным многочисленных исследований, сочетание сахарного диабета (СД) 2 типа с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является частой прогностически неблагоприятной комбинацией, не только ухудшающей качество жизни пациентов, но и повышающей риск летального исхода. Кроме того, были получены дан-

ные, указывающие на существование причинно-следственной связи между двумя этими патологиями, что необходимо учитывать при подборе эффективного лечения данных пациентов.

Цель работы: Оценить влияние функционального класса ХСН на клиническое состояние больных СД типа 2, а также их качество жизни (КЖ).

Методы исследования: В исследование включено 100 больных с достоверным диагнозом СД типа 2 в возрасте $64,2 \pm 3,6$ лет, с продолжительностью заболевания $11,3 \pm 2,4$ года. Из них основную группу (1) составили больные СД 2-го типа ($n=60$) с ХСН II-III ФК (NYHA), а контрольную группу (2) - больные СД 2-го типа без признаков ХСН ($n=40$). Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Для оценки углеводного обмена: глюкоза крови натощак и постпрандиально, гликированный гемоглобин (HbA1c), инсулин. Инсулинорезистентность (ИР) оценивали по новому метаболическому индексу (МИ). Также, провели измерение СКФ, АД, ИМТ, ЭКГ, ЭХО-КГ. Для оценки функциональных способностей использовался тест 6-минутной ходьбы. Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36.

Результаты: Между больными обеих групп были выявлены определенные различия. Так, уровень глюкозы натощак в 1-группе $8,4 \pm 2,5$ ммоль/л, постпрандиально - $11,8 \pm 3,5$ ммоль/л, а HbA1c - $8,4 \pm 1,2\%$, в то время как во 2-группе средний уровень гликемии натощак - $6,55 \pm 3,2$ ммоль/л, постпрандиально - $9,8 \pm 3,7$ ммоль/л, HbA1c - $7,1 \pm 1,3\%$. Средний уровень АД у пациентов 1 группы был выше по отношению ко 2-группе. Также, в основной группе значения ИМТ были выше ($29,3 \pm 1,2$ кг/м²) по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил $25,2 \pm 1,5$ кг/м². При анализе показателей МИ, у больных 1-группы в отличие от контрольной, наблюдается выраженная ИР. В свою очередь, по мере прогрессирования тяжести ХСН значение МИ имело тенденцию к увеличению. Так, при ХСН II ФК - $9,3 \pm 2,3$, а при ХСН III ФК - $15,1 \pm 3,5$. Особенно показательна динамика МИ по состоянию показателей фракции выброса (ФВ) левого желудочка, поскольку при снижении ФВ ниже 33% ИР становится более выраженной (МИ - $17,9 \pm 3,2$), когда при ФВ больше 33% (но не больше 55%) МИ - $8,8 \pm 1,8$. Функциональные способности пациентов, уровень качества жизни и СКФ были значительно ниже в основной группе, по сравнению с контрольной.

Выводы: Течение СД типа 2 взаимосвязано с тяжестью ХСН. По мере прогрессирования тяжести ХСН, ухудшается состояние углеводного обмена, снижаются функциональные способности и КЖ пациентов с СД типа 2.

IMPROVE THE RESULTS OF TREATMENT OF DIAPHYSARY FRACTURES OF THE TIBIAL BONES BY THE DEVELOPED ROD APPARATUS

Salokhiddinov F.B., Kayumov J.Sh.

Tashkent medical academy

Aim. Improve the results of treatment of patients with diaphysar fractures of the tibia bones by the developed rod apparatus.

Materials and methods. We have developed a rod apparatus (FAP patent 00737 from 08.06.2012) for osteosynthesis of long tubular bones.

We treated 28 patients with diaphysary fractures of the shin bones using a rod apparatus of its own design. The average age of patients was 43.4 years (from 19 to 68 years).

Of these, female 7 (25%) and males were 21 (75%). According to the AO/ASIF classification, the following were observed: A1 - 4; A2 - 8; A3 - 2; B1 - 8; B2 - 4; C1 - 2. Open fractures - 5 (17.8%), closed - 23 (82.1%). According to the damage mechanism: road traffic injuries - 19 (67.8%), domestic injuries - 7 (25%) and street injuries - 2 (7.2%).

Observation of treatment results was carried out in the period from 12 to 26 months.

Results. Complete fusion was observed in 25 (89.3%) patients. Only 1 (3.6%) patient with fractures and lower leg bones did not consolidate. The reason for this was that the patient did not comply with the orthopedic regimen and did not appear at repeated examinations in dynamics. In 2 cases (7.2%) due to early removal of the apparatus, an incorrect fracture fusion was subsequently observed. Soft tissue inflammation around the rods was noted in 3 (10.7%) cases and was stopped by local antibiotic chipping of the soft tissues around the rods and bandaging.

Conclusion. The use of the developed rod for osteosynthesis of fractures of the bones of the tibia may be a method of choice in the treatment of patients with this pathology. The proposed domestic rod apparatus of its biomechanical rigid stabilization and elimination of rotational bone fragments differs from the existing external fixation devices and cheapness.

БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМДА ОШҚОЗОН – ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ҲУСУСИЯТЛАРИ

Самадов А.А., Бобомуратов Т.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда нефротик синдром (НС) протиеинурия кунига > 3,0 гр (кунига 50 мг/кг тана вазнига ёки соатига > 40 мг/м² тана юзасига), Қонда албумин концентрациясининг пасайиши <25г/л, гиперлипидемия ва шишларнинг ривожланиши билан характерланади. Болаларда НСда глюкокортикостероидлар (ГКС) ва цитостатиклар даволаш учун асосий танлов дорилар хисобланади. ГКС ва цитостатиклардан фойдаланишдан олдин уларнинг 40% га яқин холатларда вафот этган (Клинические практические рекомендации KDIGO по лечению гломерулонефритов.) Бемор болаларнинг 80-90% да глюкокортикостероидлар қабул қилганда касалликнинг ремиссияси кузатилади. Обухова В.А., Длин В.В. (2017).

Учраши: 100.000 болалар орасида 12-16 нафар холатида учрайди. 60-70% холатларда қайталовчи кечади, шундан 85% холатларда қайта рецидивланиш билан кечади.

Болаларда нефротик синдром рецидив ва тез-тез такрорланиб туриши, гипертензия ва ошқозон-ичак тракти аъзоларининг заҳарланишини ошиб бориши билан боғлиқ ҳолда глюкокортикоид ва цитостатик терапияни талаб қилади [Папаян А.В. (1997) Niaudet P. (2001), Hodson E.M. et. all (2008), Gordillo R., Spitzer A. (2009) Савенкова Н.Д. (2017).].

Ошқозон шиллиқ қавати ва шикастланишида Helicobacter pylori (HP) нинг аҳамияти катта эканлиги маълум [Лимаренко М.П. и соавт., 2012, Турдиева Ш.Т., Таджиев Б.М 2017, Malferteiner P, Megraud F, 2017. – Osamu Toyoshima et

al. 2018]. Халқаро тавсиялар ва даволаш стандартларига кура нефротик синдромни даволашда, ГКСдан: преднизолон 2 мг/кг, ёки (суткада 60 мг гача) оғиз орқали, тайинланади. 6 хафтадан сунг препаратни 1.5 мг кг ёки суткада 40 мг гача ёки дозани босқичма босқич камайтириш йули билан тайинланади. ГКС терапиянинг умумий давомийлиги 4-5 ойни ёки оғирлигига қараб 6 ой ва ундан куп вақтни ташкил этади.

Илмий ишнинг мақсади: Болаларда учрайдиган нефротик синдромда ошқозон – ичак трактини клиник, морфологик, функционал ўзгаришларини беморларни даволаниш тактикасидан келиб чиққан ҳолда ўрганиш.

Илмий ишнинг вазифаси: Нефротик синдромда глюкокортикоид терапия ўтказилган болаларда ошқозон- ичак трактининг клиник, морфо-функционал ўзгаришларини баҳолаш.

Материал ва текшириш усуллари: Тошкент тиббиёт академияси 1-сон клиникаси, кардионефрология булимида даволанган 5 ёшдан 16 ёшгача булган 31 нафар нефротик синдромга чалинган болалар олинди. Бемор болалар куйидагича 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ п=18 НС+ глюкокортикоидларни 6 ой давомида қабул қилган. 2-гуруҳ п=13 НС глюкокортикоидлар қабул қилмаган. Клиник ташхис: анамнез, клинко-лаборатор ва функционал текшириш усуллари орқали, МКБ-10 га асосланиб куйилди. «Назорат қилиш» - «случай-контроль» усулига муофиқ ретроспектив татқиқот ўтказилди: Скрининг анкета тўлдириш орқали анамнез йиғиш ва клиник текширишлар, лаборатор текширишлар, инструменталь текшириш усулларга асосланиб десептик шикоятлар тахлил қилинди.

Натижалар: 1-гуруҳ п=18 НС + глюкокортикоидларни 6 ой давомида қабул қилган болаларда десептик шикоятлар: қоринда оғриқ 16 (88,8%), қусиш 17 (94,4%), ич қотиш 14 (77,7%) кузатилди.

2-гуруҳ п=13 НС глюкокортикоидлар қабул қилмаган болаларда қоринда оғриқ 7 (53,8%), қусиш 3(23%), ич қотиш 2(15,3%) кузатилди.

Текширишнинг хулосалари: Текширишлар натижасида болаларда нефротик синдромни даволаш тактикасидан келиб чиққан ҳолда ошқозон-ичак трактининг морфофункционал бузилишлари учраши ва характери ҳақида янги маълумотлар олинди. Болаларда нефротик синдромда ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари характерини глюкокортикоид ва цитостатик даволашга боғлиқ ҳолда ўрганиш орқали фаол ташхислаш ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш лозимлигини талаб қилади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРОГРАММ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Самут З.А., Эм Д.О., Каирбек О.К., Багдатханова Б.И., Кадимова Д.Т.,
Зарлыкан Ш.Р., Тлеубаев А.Т., Атыгаева С.Ж., Шерияздан Ж.С.,
Сабырбаева Г.А., Косанова А.К., Сагындыкова З.Р.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный
университет им. А.С. Асфендиярова

Цель: дать характеристику 5-летней выживаемости у пациентов с гемобластозами в зависимости от степени злокачественности опухолевого процесса и программ химиотерапии.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ 601 историй болезни пациентов с опухолевыми заболеваниями костного мозга, находившихся на стационарном лечении в отделении гематологии ГКБ№7 г. Алматы с 2014 г. по 2018 г. (5 лет). Острые лейкозы (ОЛ) составили 46% случаев, хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 14%, множественная миелома – 18%, хронический миелолейкоз – 11%, хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) – 11% случаев. Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты исследования: нами обследовано 47% мужчин и 53% женщин. На момент окончания исследования на диспансерном учете оставалось 414 (68,9%) онкогематологических пациентов, доля умерших составила 19,6% (n=118), и в 11,5% (n=69) случаях сведения отсутствовали.

Общая медиана выживаемости составила 41 мес. Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете, средняя медиана выживаемости составила 44 мес. и была наиболее высокой при ХЛЛ (Me=56 мес.), при острых лейкозах – 45,5 мес., множественной миеломе – 41 мес., ХМПЗ – 39 мес., хроническом миелолейкозе – 37 мес. Среди умерших пациентов медиана выживаемости при ХЛЛ составила 56 мес., ХМЛ – 28 мес., ХМПЗ – 19 мес., ММ – 10 мес., и была наименьшей при острых лейкозах – 8,5 мес. Из числа пролеченных больных 90,6% (n=437) пациентов получали химиотерапию в соответствии с протоколами Министерства здравоохранения Республики Казахстан (2012, 2015 гг.). Из них 26,6% (n=145) чел. нуждались в смене схемы лечения. Основными причинами смены терапии были прогрессия заболевания, ремиссия, развитие резистентности, непереносимости ЛС, развитие осложнений. Таким образом, выживаемость среди пациентов, доживших до конечной событийной точки, в группах ОЛ (Me=45,5 мес.) и ММ (Me=41 мес.) была гораздо выше, чем среди умерших (8,5 и 10 мес. соответственно), что может свидетельствовать о клинико-гематологической эффективности современных программ ПХТ.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПЯТИЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Самут З.А., Эм Д.О., Каирбек О.К., Багдатханова Б.И., Кадимова Д.Т.,
Зарлыкан Ш.Р., Тлеубаев А.Т., Атыгаева С.Ж., Шерияздан Ж.С.,
Сабырбаева Г.А., Косанова А.К., Сагындыкова З.Р.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный
университет им. А.С. Асфендиярова

Цель: изучить влияние факторов риска (степень злокачественности опухолевого процесса, наличие сопутствующих заболеваний и развитие осложнений заболевания) на 5-летнюю выживаемость у пациентов с гемобластозами.

Материалы и методы: нами ретроспективно проанализированы 601 историй болезни пациентов с гемобластозами (острыми лейкозами, хроническими лейкозами и хроническими миелопролиферативными заболеваниями (ХМПЗ)),

находившихся на стационарном лечении в отделении гематологии ГКБ№7 г. Алматы за 5 лет. Для изучения корреляционной зависимости выживаемости и влияния на нее различных факторов использован регрессионный анализ пропорциональных рисков Кокса.

Результаты исследования: количество мужчин и женщин составило 47% и 53% соответственно. Больные с острыми лейкозами составили 46%, хроническим лимфолейкозом – 14%, множественной миеломой – 18%, хроническим миелолейкозом и ХМПЗ по 11%. Из числа пролеченных больных в 519 (86%) случаях выявлены сопутствующие заболевания, наиболее частыми из которых являлись сердечно-сосудистая патология (67,6%), заболевания дыхательной (55,5%) и пищеварительной систем (39,1%), а также заболевания эндокринной системы (19,2%). Осложнения в связи с течением заболевания и лечением, такие как вторичный иммунодефицит, опухолевая прогрессия, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность, развились у 73% больных. Общая медиана выживаемости составила 41 мес. Среди умерших пациентов наиболее высокой была медиана при хроническом лимфолейкозе (56 мес.), наименьшей – при острых лейкозах (8,5 мес.). Однако среди выживших пациентов с острыми лейкозами продолжительность медианы составила 45,5 мес. Регрессионный анализ зависимости продолжительности жизни от степени злокачественности опухолевого процесса выявил прямую и статистически значимую корреляцию ($r=0.199$, $p=0.031572$). Зависимость же продолжительности жизни от коморбидных состояний ($r=-0.069$, $p=0,497398$) и развившихся осложнений ($r=-0.046$, $p=0.622379$) не установлена.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Сатибалдиева Н.Р., Тошпўлатова С.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы пневмоний обусловлена не только большой их распространенностью. В настоящее время с ростом частоты отмечается также тенденция к увеличению удельного веса более тяжелых течений пневмоний на фоне врожденных пороков сердца, комбинированных с частым неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни. По данным клинико-лабораторных исследований, проведенных в пульмонологическом отделении ТМА первой клиники полиморфизм клинической картины пневмоний, сопровождающихся на фоне ВПС, требует серьезного отношения к данной проблеме.

Цель: На основании клинических и лабораторно - инструментальных данных оценить возможные варианты течения пневмоний, сопровождающихся на фоне ВПС.

Результаты: Изучены особенности клинического течения пневмонии у 13 детей с врожденными пороками сердца. Среди обследованных нами детей с ВПС с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) было 3 (23,0%), с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) - 5 (38,3%), с тетрадой Фалло - 1 (7,6%). У остальных 4 (30,7%) пациентов отмечались тяжелые комбинированные пороки (транспозиция магистральных сосудов, двойное отхождение магистральных сосудов, атрезия трикуспидального клапана, ДМЖП, ДМПП, стеноз легочной артерии, атриовентрикулярные коммуникации, единственный желудочек в разных комбинациях). У всех поступивших детей констатирована пневмония различной морфологической формы, в том числе очаговая - у 19 (63,5%), очагово-сливная - у 6 (20%), сегментарная - у 2 (6,5%), полисегментарная - у 3 (10%).

Вывод: Особенностью клиники пневмонии при ВПС является тяжелое течение и быстрое развития различных осложнений. При появлении клинических симптомов поражения респираторного тракта дети с ВПС должны госпитализироваться в стационар во избежание осложнений. Оптимизация лечения, на наш взгляд, должна основываться на своевременном использовании патогенетической комплексной терапии, включающей купирование недостаточности кровообращения, этиотропные антибактериальные, кардиопротекторные препараты. Детям с ВПС необходимо проводить общеукрепляющие и реабилитационные мероприятия для достижения фазы относительной компенсации клинических проявлений. Показана важность своевременного использования патогенетической комплексной терапии, включающей купирование недостаточности кровообращения, этиотропные антибактериальные, кардиопротекторные препараты.

PROTOPIK IN THE COMPLEX TREATMENT OF LICHEN PLANUS

Safarov Kh. Kh., Tashkenbaeva U. A., Tokhtaev G'.Sh.

Tashkent medical academy

Introduction. Lichen planus (LPL) is a disease that has been known to dermatologists for more than 100 years. The disease can be acute or chronic. Without treatment, the process can continue for 6-12 months, and in 30-40% of cases it is recurrent. Standards of CPL therapy include external, intraocular and systemic corticosteroids, retinoids, PUVA therapy, and in persistent cases — cyclosporin.

Purpose of research. The aim of our work was to evaluate the clinical effectiveness of topical tacrolimus therapy in patients with CPL. The key property of tacrolimus is the suppression of degranulation of labrocytes and their synthesis of cytokines.

Materials and methods. We conducted a study aimed at studying the effectiveness and safety of using the ointment "Protopik" (tacrolimus) in patients with red flat lichen, and with manifestations on the oral mucosa. We observed 12 patients with CPL (men-4, women-8) aged from 22 to 45 years. All patients were diagnosed with the classic form of CPL. Almost all patients were concerned about itching of the skin of varying intensity, 5 of the 22 patients (22.7%) had manifestations of CPL on the oral mucosa (4 patients had erosive formations, 1 patient — erosive-ulcerative). The method of treatment of patients with CPL was that papular elements were treated twice a day with 0.1% ointment "Protopik" within 3-6 weeks. Some patients were prescribed additional antihistamines and desensitizing drugs. Elements on the oral mucosa were also treated with 0.1% ointment "Protopik" 2 RA per day for 2-3 weeks.

Results. Within 2-3 weeks, there was a regression of CPL rashes on the oral mucosa. On the skin regress of papular elements occurred on average for 2-3 weeks of using the ointment "Protopik".

Conclusions. The use of tacrolimus improves well-being to a greater extent. The data obtained by us are consistent with the literature on the effectiveness and safety of the use of ointment "Protopik" in the treatment of papular dermatoses accompanied by a hyperproliferative process. Thus, tacrolimus is a highly effective drug that is successfully used in the treatment of chronic dermatoses (atopic dermatitis, psoriasis, CPL, etc.). In some cases, the resulting clinical effect is comparable to the results of therapy with strong corticosteroid drugs in the absence of side effects and complications typical for the latter. The use of tacrolimus is possible for a long time, which allows you to obtain a clinical effect and conduct supportive therapy, thereby preventing possible relapses of dermatosis.

SOME FEATURES OF SKIN MICROBIOCENOSIS IN ATHLETES

Safarov Kh.Kh., Toxtayev G.Sh., Sadikov A.A.

Tashkent medical academy, Republican Scientific and Practical Center for Sports Medicine, Tashkent

Professional athletes constitute a unique group of dermatological patients, since almost all of them face skin diseases during their sports careers. Sports activities can lead to the development of new or exacerbation of chronic dermatological diseases, which can negatively affect the athlete's results. There are so-called transitional states, which can be either specific or general, weakening the body and thereby predisposing to diseases. These are the effects of stress, physical overstrain, overwork, unfavorable and dramatically changing environmental conditions, prolonged under-recovery after exertion, hard work, etc. It is shown that the first signs of the disease are manifested primarily when high demands are made on the body. Athletes whose activities are associated with daily training in swimming pools are exposed to constant contact of the skin with disinfectants that damage the skin, promote dehydration and degreasing of the upper layers of the epidermis, reducing the barrier function of the skin and leading to its dryness.

Microbiocenosis of the skin is directly dependent on the action of endo- and exogenous factors. Endogenous factors include gender, age, past illnesses, and body reactivity. The spectrum of exogenous factors is wide enough and includes drugs and biological active additives, climatic and geographical living conditions and professional working conditions. Therefore, throughout life, the composition of microorganisms that live on the skin undergoes significant changes. Resident microorganisms have means of protection and aggression, which allows them, on the one hand, to overcome the barriers of the skin and mucous membranes, and on the other to suppress the growth and reproduction of pathogenic microorganisms. They are permanent inhabitants of the skin, do not affect its functional state and do not cause diseases. Other microorganisms produce toxins and ferments that can change the development of dermatoses. A significant number of microorganisms that colonize the skin is conditional. The data of domestic authors are confirmed by studies of foreign authors, which demonstrated that a change in the balance of normoflora is associated with the development of skin diseases. It has been shown that carriage of cutaneous normoflora in itself provides protection for humans against opportunistic microorganisms by isolating antagonistic substances - the so-called killers. Epidermal staphylococcus produces peptides that are toxic to other organisms, staphylococcus and group A streptococci, which means removal of epidermal staphylococcus, for example, by abuse of topical antibiotics, can lead to the destruction of antimicrobial peptides of this bacterium, which will allow potentially pathogenic organisms to penetrate the skin more effectively.

Conclusions. The end of a sports career, the health of most professional athletes deteriorates sharply. Determining the composition of the main groups of microorganisms on the skin of athletes will reveal the features of the functional state of the skin in athletes, which may be an important factor in the prevention of dermatological diseases in athletes.

NARROWBAND UVB PHOTOTHERAPY AND PUVA PHOTOCHEMOTHERAPY IN PSORIASIS VULGARIS

Safarov X. X., Toxtayev G. Sh., Tillayeva M., Tashkenbayeva U.A.

Tashkent medical academy

Introduction. Psoriasis is a common papulosquamous skin disease with prevalence ranging from 0.5% to 4.6%[1,2]. The prevalence in India is estimated to be 0.7%[3]. This disease is enormously variable in morphology, duration and extent. In majority of the patients, it presents as a chronic, disfiguring, inflammatory condition of the skin and joints. Environmental as well as genetic factors play a critical role in its pathogenesis[4,5]. Due to the highly variable disease course, most of the patients require lifetime intermittent treatment. Different treatment modalities are available for psoriasis with varying degrees of effectiveness and safety. Treatment is usually started with topical measures for mild disease. In moderate to severe cases, a combination of both topical and systemic treatment is used[6]. Psoralen ultraviolet A (PUVA) photochemotherapy is an established systemic therapy for psoriasis and narrowband ultraviolet B (NBUVB) is now an accepted upcoming modality of treatment[7,8]. NBUVB phototherapy has remarkable advantages over PUVA photochemotherapy in that there is no need of a systemically administered medicine, consequent lesser adverse effects, no requirement for post-treatment protection, able to administer in pregnant women, lactating mothers, children and in individuals with hepatic or renal dysfunctions and less chance for malignancy[9-10].

Methods. All clinically diagnosed psoriasis vulgaris patients who were 18 years or over, had a PASI score (psoriatic area severity index) of 10 or more and attending the outpatient wing of a tertiary care centre in South Kerala were recruited for the study. Among them, patients with history of photosensitivity, photosensitive disorders, on regular intake of photosensitizing drugs/immunosuppressant therapy, cutaneous malignancies, severe renal, hepatic or cardiovascular dysfunction, cataract/aphakic, pregnant women and lactating mothers, exposed to radiotherapy and on regular systemic treatment for psoriasis were excluded. Explanatory counselling of the therapy was given, and after getting informed consent, the patients were randomized into two groups by block randomization. A washout period of two weeks, with only antihistamines and emollients, was given to all patients. One group received NBUVB phototherapy and the other group PUVA photochemotherapy as per standard protocols. The irradiation cubicle used was V care's Therapy model Surya 440 ANB Opt.1. For NBUVB phototherapy, the initial NBUVB dose was 280 mJ/cm² followed by 10% increment per exposure. Treatment was given thrice weekly on alternate days. If the patient had minimal erythema, the same dose was continued. If there was asymptomatic well-defined erythema, the next exposure was postponed and the increment for each visit was only 5%. If the patient developed painful erythema with or without oedema and bullae, no treatment was given until recovery, and then the dose was reduced by 50% of initial dose, and thereafter, only 5% increment was given during each visit. After disease clear-

ance, maintenance dose of twice weekly for 4 weeks, and thereafter, once weekly for 4 weeks was given and therapy was stopped. For PUVA photochemotherapy, 20 mg of 8-methoxypsoralen (8-MOP) was taken 2 h prior to irradiation. Starting dose of UVA was 2.0 J/cm² followed by increment of 0.5 J/cm² per treatment. The treatment was given thrice weekly on alternate days. Persistent tenderness or erythema of uninvolved skin required temporary reduction or cessation of treatment.

Results. In the NBUVB group, 12 (75%) patients achieved PASI 75. The median number of treatments to achieve PASI 75 was 15 (range 12–30). The median cumulative dose to achieve PASI 75 was 8390 mJ/cm² (range 6000–23,330). Asymptomatic minimal erythema was seen in 6 patients and they achieved PASI 75. The median dose at which asymptomatic minimal erythema occurred was 968 mJ/cm² (range 800–1065). Adverse effects like erythema and pruritus were seen in 4 (25%) patients and exfoliation in 2 (12.5) patients. The median dose and the median number of treatments at which symptomatic erythema and pruritus occurred were 732 mJ/cm² (410–1172) and 10.5 treatments (5–16). The median dose at which erythroderma developed was 453 mJ/cm² (range 410–496) and the median number of exposures was 6 (range 5–7). All the patients who developed adverse effects did not complete the treatment. 56.3% (9 patients) were non-compliant. The median number of treatments missed was 2. Comparing those patients who achieved PASI 75 and those who did not, the development of adverse effects was found to be a risk factor ($p < 0.001$ by Fisher exact test). There was no significant correlation between the initial PASI and the total number of exposures required for achieving PASI 75 (Spearman's rank correlation 0.40, $p = 0.197$) and between the initial PASI and the cumulative dose to achieve PASI 75 (Spearman's rank correlation 0.32, $p = 0.31$).

Discussion. Though many studies quote efficacy of PUVA therapy as more compared to NBUVB, the overall efficacy of both the treatments was the same in our study. Low dose of 8 MOP may be the reason for the observed lesser efficacy for PUVA. We chose the lower dose according to our department protocol as we have observed adverse effects with dosage according to body weight. In the present study also, 50% of patients in the PUVA group could not continue treatment due to adverse effects in spite of being given a fixed dose. Small sample size limits the generalization of the study. PUVA photochemotherapy requires the intake of 8-MOP prior to UV-A exposure. This drug gets deposited in the skin and eyes and can sensitize the patient to UV-A in the sunlight causing damage to skin and eyes even after therapy. This can affect the day-to-day activities of the patients and requires photoprotection with broad-spectrum sunscreens and UV-protecting goggles after treatment, which will not be feasible in manual labourers due to the high cost. NBUVB is relatively safe and do not require UV protection after treatment. Thrice-weekly schedule results in low cumulative dose, lesser number of treatment exposures and in turn lessens the risk of development of cutaneous malignancies later in life. Even though the higher disease clearance and the lower observed adverse effects in the NBUVB group did not achieve statistical significance, the fact that the observed values were better than the time-tested PUVA therapy warrants NBUVB therapy as a safe treatment option for moderate to severe psoriasis, especially in patients similar to our study population. Hence, in patients whose occupation is predominantly outdoors, among phototherapy, NBUVB may be considered as the first-line therapy.

References

1. Griffiths CEM, Barker JNW. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007;370:263–271.
2. Leibold M. Psoriasis. *Lancet*. 2003;361:1197–1204.
3. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *Br J Dermatol*. 2005;153:706–714.
4. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNW. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. In: *Rook's Textbook of Dermatology* 7th ed. MA: Blackwell Science; 2004:35.1–35.69.
5. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003:407–427.
6. Naldi L, Griffiths CEM. Traditional therapies in the management of moderate to severe plaque psoriasis: an assessment of the benefits and risks. *Br J Dermatol*. 2005;152:597–615.
7. Honigsmann H, Szeimies R, Knobler R, Fitzpatrick TB, Pathak MA, Wolff K. Photochemotherapy and photodynamic therapy. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003: 2477–2593.
8. Krutmann J, Morita A. Therapeutic photomedicine: phototherapy. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003: 2469–2577.
9. Gordon PM, Diffey DL, Matthews JNS, Farr PM. A randomized comparison of narrowband TL-01 phototherapy and PUVA photochemotherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41:728–732.
10. Tanew A, Radkovic-Fijan S, Schemper M, Honigsmann H. Narrowband UVB phototherapy vs photochemotherapy in the treatment of chronic plaque type psoriasis: a paired comparison study. *Arch Dermatol*. 1999;135:519–524

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ГИЖДУВАНСКОГО РАЙОНА

Сафаров Х.Х., Ташкенбаева У.А., Тохтаев Г.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Красный плоский лишай относится к распространенным дерматозам, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, мучительным зудом, косметическим дефектом, болезненными высыпаниями в полости рта. По данным ВОЗ заболеваемость красным плоским лишаем в общей популяции составляет 0,5–2,2%. В последние годы отмечен рост заболеваемости красным плоским лишаем, что можно связать с социальной нестабильностью в обществе в 1990-е и последующие за ними годы, так как развитию или рецидиву красного плоского лишая предшествуют стрессовые ситуации, психические травмы. В современном обществе существует стигматизация по отношению к дерматологическим больным, отсутствуют институты социальной помощи для данной категории пациентов, что способствует затруднению трудоустройства, карьерного роста, межличностных контактов, создания семьи. При Гиждуванский районном многопрофильном центральном поликлиники работает кожно-венерологический кабинет, который проводит обследование и лечение любого обратившегося гражданина на предмет наличия вышеуказанных заболеваний.

Цель исследования. В ходе беседы с пациентом выяснят те или иные жалобы, производить первичный осмотр и полное обследование на КПЛ, в соответствии со стандартами по дерматовенерологии Мз РУз.

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили отчеты работы амбулаторных карт, предоставленных МЦП Гиждуванского района.

Результаты и обсуждение. Нами проанализированы случаи обращения с 2018 по 2019 гг. Так, обращаемость в кабинет в 2018 г. составляла 21206 пациента за год, в 2019 г. – 11705 человек. Выявленность красный плоский лишая отмечена у 7 пациентов (2018 г.), 4 – (2019 г.).

Выводы. Приведенные выше данные свидетельствуют о целесообразности внедрения подобных кожно-венерологических кабинетов с целью выявления и своевременного лечения больных с КПЛ. Гарантия анонимности играет большую роль в доверии больного к лечащему врачу.

МИГРЕНДА ГИПОТИРЕОЗ ҲАМКОР КЕЛГАНДА БЕМОРЛАР КУНДАЛИК ВА ИШ ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Саъдинова Г.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: мигрен мавжуд беморларда гипотиреоз ҳамкор келганда кундалик ва иш фаолиятига таъсири-ни ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари. Тадқиқот давомида 30 нафар мигрен ва гипотиреоз ташхиси қўйилган (1 гуруҳ) ва 30 нафар мигрен ташхиси қўйилган, аммо қалқонсимон дисфункцияси аниқланмаган (2 гуруҳ), 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган беморлар танлаб олинди. Мигрен ташхиси қўйишда бош оғриқ касалликлари халқаро таснифининг 3-нашридан фойдаланилди. Беморларнинг барчасида клиник-неврологик, инструментал (МРТ, ЭЭГ), лаборатор (ТТГ, эркин Т4 ва Т3) текширувлар ўтказилди. Беморларда кундалик ва иш фаолияти чекланишини баҳолаш учун MIDAS (Migraine Disability Assessment) шкаласидан фойдаланилди. Барча беморларга зарур даво тавсиялари берилди ва беморлар кейинги текширувлар учун кузатувга олинди.

Тадқиқот натижалари. Текширувлар натижаларига кўра 1-гуруҳда беморларнинг 23 нафари аёл, 7 нафари эркак киши ва ўртача ёш $38,4 \pm 8,32$. 2-гуруҳда 19 нафар аёл ва 11 нафар эркак, ўртача ёш $35,2 \pm 6,62$. Мигрен ва гипотиреоз ҳамкор келган (1 гр.) 30 нафар бемордан 21(70%) нафарида сурункали мигрен, 9(30%) нафарида эпизодик мигрен аниқланди. Мигрен гипотиреозсиз келган ҳолатда (2 гр.) 30 нафар бемордан 12(40%) нафарида сурункали мигрен ва 18 (60%) нафарида эпизодик мигрен ташхисланди. MIDAS шкаласи натижаларига кўра мигрен гипотиреоз билан коморбид келганда (1 гр.) ўртача балл $28,6 \pm 10,82$ ни ташкил қилди, яъни беморлар кундалик ва иш фаолиятининг кучли даражада чекланиши аниқланди ($p > 0,001$). 2-гуруҳда (мигрен гипотиреозсиз келганда) ўртача балл $16,4 \pm 8,86$ ни, беморлар кундалик ва иш фаолиятининг ўрта даражада чекланиши қайд этилди ($p > 0,001$). MIDAS натижалари шуни кўрсатдики, мигрен гипотиреоз билан ҳамкор келганда беморларнинг ишлаш самарадорлигини сезиларли даражада пасайтирган, баъзи ҳолатларда беморларнинг иш қолдириш ва ишдан воз кечиш ҳолатлари қайд этилган.

Хулоса. Гипотиреоз мигреннинг сурункали турида кўпроқ коморбид келади ва мигрен мавжуд беморларда кундалик ва иш фаолиятининг чекланишини янада кучайтиради. Шу сабабли мигрен ташхиси қўйилган беморларда гипотиреозни эрта аниқлаш ва даволаш, мигрен давосида муҳим ўрин тутди.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО МИОКАРДИТА

Сергеева И.Н., Чомчекова Ж.Р., Жәнібекова С.Б.,

Жангелова Ш.Б., Мамбетова Г.К., Алибеков Б.Д., Туякбаева А.Г.

КГП на ПХВ «Городское патолого-анатомическое бюро» УОЗ г. Алматы,

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный

университет им. А.С. Асфендиярова

В настоящее время не существует единых подходов как к классификации, и диагностики, так и к алгоритмам ведения пациентов с миокардитами, отсутствуют специально спланированные рандомизированные исследования, посвященные миокардиту, в связи с чем **абсолютно** все рекомендации мировых сообществ кардиологов имеют уровень доказательности С (мнение экспертов).

Цель исследования: описание редкого случая развития гигантоклеточного миокардита на фоне аутоиммунного тиреоидита Хашимото.

Материал и методы исследования: история болезни пациентки 3., 1969 г. р. и результаты патологоанатомического вскрытия.

Результаты и обсуждение. Пациентка поступила в кардиологический центр с клиникой синкопэ и острого коронарного синдрома с характерными изменениями на ЭКГ – подъем ST и патологический зубец Q, с явлениями АВ блокады на фоне увеличения тропонина. В анамнезе у пациентки в течение трех лет тиреоидит Хашимото. Патологоанатомический диагноз: острый миокардит. Гистологически гигантоклеточный миокардит. Причина смерти: острая сердечно-сосудистая недостаточность: венозное полнокровие внутренних органов, диапедезные кровоизлияния в паренхиму внутренних органов, кровоизлияния под серозные и слизистые оболочки, отек и очаговые кровоизлияния в легкие, некроз эпителия почечных канальцев, мускатная печень, отек мозга и мягких мозговых оболочек. Сопутствующие заболевания: аутоиммунный тиреоидит Хашимото, атрофический вариант.

Идиопатический гигантоклеточный миокардит как форма редкого аутоиммунного миокардита, в клинической картине, как правило, отмечается прогрессирующая рефрактерная сердечная недостаточность, а также устойчивые нарушения ритма и проводимости сердца. Чаще болезнь поражает подростков; у пациентов, с диагностированным гигантоклеточным миокардитом часто находят в анамнезе указания на непереносимость препаратов. Прогноз при данном виде крайне неблагоприятный.

Таким образом, данный случай - редкий в клинической практике, а потому сложный в плане постановки диагноза и определения тактики ведения таких пациентов, протекающий клинически под маской острого коронарного синдрома с формированием по данным ЭКГ признаков циркулярного инфаркта миокарда с классической динамикой резкого повышения тропонина и затем его снижения. Поэтому клинически заболевание протекало как один из сценариев острого

миокардита с инфаркто-подобными изменениями и симптомами. А воспалительные изменения в крови с палочкоядерным сдвигом, формирование двухсторонней пневмонии позволили клинически при жизни в качестве конкурирующего диагноза выставить миокардит наряду с инфарктом.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА (АИГ)

Серикболкызы С., Славко Е.А., Зубова Н.В.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный университет им. А.С. Асфендиярова,
Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования

АИГ представляет собой заболевание, характеризующееся значительным полиморфизмом клинических, лабораторных и гистологических проявлений, что затрудняет своевременную постановку диагноза и проведение адекватной терапии.

Цель работы. Изучить особенность течения АИГ для улучшения диагностики данного заболевания.

Материал и методы. Обследовано 12 пациентов с АИГ, находящихся под динамическим наблюдением в Центре гепатологии им. А. Комори КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Диагноз АИГ верифицирован на основании выявления аутоантител (ANA) и/или гистологического исследования печени. Активность процесса оценивалась по клиническим проявлениям, изменениям гемограммы, функциональных проб печени, данным инструментального обследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), непрямая эластометрия печени).

Результаты и обсуждение. Установлено, что среди пациентов с АИГ преобладают лица женского пола. Заболевание встречалось во всех возрастных категориях, но наиболее часто им страдают представители среднего возраста. У 40% пациентов АИГ сочетался с другими аутоиммунными заболеваниями (ПБХ, аутоиммунный тиреоидит, витилиго). У большинства пациентов определялась продвинутая стадия заболевания - цирроз печени, причем у 1/3 развились характерные осложнения (асцит, печеночная энцефалопатия, гиперспленизм). В клинической картине преобладали неспецифические астеновегетативные проявления. У 75% пациентов трансаминазы как показатель биохимической активности оставались нормальными. Холестаз клинически был выявлен у 25% пациентов, биохимически в 41,6% случаев. В 66,7% случаев было выявлено ускорение СОЭ. У четверти пациентов АИГ был серонегативным и подтверждался только по результатам гистологического исследования.

Выводы: Результаты нашего исследования подтверждает необходимость проведения гистологического исследования для подтверждения диагноза аутоиммунного гепатита в полиморфизма клинических симптомов заболевания.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D В ЗИМНИЙ ПЕРИОД ГОДА

¹Скворцова Л.А., ²Хегай Л.Н.

¹Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК Узбекистана,
²Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Витамин D (VD) играет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене, экспрессии генов и клеточном росте. Нахождение в большинстве тканей организма рецепторов витамина D указывает на его универсальную роль в обменных процессах. До настоящего времени не изучена частота дефицита $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ у населения и спортсменов зимой, в частности, в зависимости от интенсивности физических нагрузок. Дефицит VD отмечен у 77% населения. Исследования показывают, что у молодых и взрослых спортсменов отмечается тенденция к росту дефицита VD.

Цель. Оценить показатели 25-гидроксивитамина D у спортсменов в зимний период года.

Материал и методы исследования. В исследованиях на базе Республиканского научно-практического центра спортивной медицины при НОК Узбекистана приняли участие 16 спортсменов футбольного клуба (ФК) «Насаф» в возрасте 17-25 лет (контрольная группа) и 38 футболистов клуба «Бунедкор» в возрасте 14-19 лет (группа наблюдения). Биохимические исследования у профессионалов «Насаф» проведены в рамках УМО на иммунохимическом электрохемилюминесцентном анализаторе Cobas e 411 фирмы Roche Diagnostics GmbH (Германия). У футболистов клуба «Бунедкор» исследования проведены на иммунохимическом электрохемилюминесцентном анализаторе Rayto RT-2100C Microplate Reader (Германия) использованием набора 25(OH)D ELISA на базе Межвузовской научно-исследовательской лаборатории ТМА.

Результаты. Анализ полученных результатов позволил установить, что в зимний сезон года у профессионалов ФК «Насаф» дефицит VD выявлен в 3 случаях (18,75%) при референтных значениях (P3) менее 20 ng/ml. В группе наблюдения дефицит выявлен у 21 (55%). Недостаточность VD в контрольной группе выявлена в 10 случаях (62,5%), в ФК «Бунедкор» в 16 (42%) (P3 21-30 ng/ml). Оптимальный уровень VD в контрольной группе составил 3 случая (18,75%), а в группе наблюдения в 1 случае (2,6%) (P3 более 30 ng/ml). Сравнительный анализ свидетельствует о том, что у спортсменов ФК «Бунедкор» дефицит VD встречается в 7 раз чаще, чем в контроле. Такая же тенденция и в отношении недостаточности VD (в группе наблюдения в 1,6 раза чаще, чем в контрольной группе). По результатам определения оптимального уровня установлено, что в группе наблюдения показатель в 3 раза меньше, чем в контрольной группе.

Вывод. В зимнем сезоне года у спортсменов двух сравниваемых футбольных клубов выявлен дефицит и недостаточность витамина D, что обусловлено низким уровнем естественной солнечной инсоляции.

MODERN VIEWS ON THE TREATMENT AND PREVENTIONS OF MUSCULAR-ARTICULATION DYSFUNCTION OF THE TMJ IN PATIENTS WITH FRACTURES OF MANDIBLE IN DIFFERENT LOCALIZATION

Skipra O.L.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Introduction. The growth of traumatism in the young able-bodied population is one of the major medical and social problems. Fractures of the facial bones are characterized by a considerable frequency, and the leading place is occupied by fractures of the mandible, which make up from 45 to 95%.

The main attention in the domestic and foreign literature was directed to the study of internal disorders in the TMJ caused by fractures of the processus condylaris.

The lack of purposeful early comprehensive treatment of musculoskeletal disorders of the TMJ caused by fractures of the mandible of different localization, led to misdiagnosis and their underestimation by all dental specialists (surgeons, therapists, orthopedists, orthodontists, etc.).

Numerous publications concerning musculoskeletal dysfunction of the TMJ are devoted to the etiology, pathogenesis, morphology, clinic, diagnosis and treatment of this multifactorial disease. The purpose of the study was to conduct a literature review of the modern methods of the treatment and prevention of muscular-articulation TMJ dysfunction in patients with fractures of mandible in different localization.

Results and their Discussion. There are many ways to treat mandibular fractures. These include splinting with dental tires, osteosynthesis of fragments in various ways, immobilization of mandibular fragments, etc. All treatments can be divided into surgical and conservative. Conservative, in turn, is divided into functional and symptomatic. Surgical intervention on the processus condylaris was performed by a number of authors with fresh trauma. Auto-, allografts, implants, etc. were used to achieve these goals. In the extra-articular fracture of the mandible, damage to the structural elements of the TMJ is also noted. The authors, after late surgery (more than 9 days) in all surveyed individuals found dislocation of the intra-articular disc, although the disks were not displaced during preoperative examination. Physical factors are widely and successfully used at all stages in the treatment of both fractures of the mandible and dysfunctions of different etiology. However, in the available literature, there are no techniques for the simultaneous treatment of physical factors of the fractures of the mandible and musculoskeletal disorders of TMJ, and those that are developed often contradict each other.

Conclusions. The complex treatment of muscular-articulation TMJ dysfunction in patients with fractures of mandible involves the use of the most modern pharmaceutical drugs in combination with orthopedic and surgical methods that further allow to obtain a stable positive result. The generalization of literary data and the results of these studies allow to confirm the high efficiency and the significance of surgical techniques for the treatment and prevention of postoperative complications, as a preparatory stage of orthopedic rehabilitation of patients with of muscular-articulation TMJ dysfunction with the fractures of mandible, whose role in complex rehabilitation of patients is underestimated, which requires the optimization of their use and further research.

PERSONALITY-PSYCHOLOGICAL FEATURES AND MENTAL STATE OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Sobirov A.B., Tashmatova G.A.

Tashkent medical academy

Bronchial asthma (BA) refers to the "classic" psychosomatic diseases. In this regard, it is important to study the problem of BA from the position of the modern integrative biopsychosocial approach, which allows to take into account both medical and socio-psychological parameters of the disease.

Materials and methods of research. 42 children aged from 8 to 12 years were examined. The main group consisted of 30 children diagnosed with bronchial asthma. The examination was carried out on the basis of TMA in the allergological Department. The comparison group consisted of 12 children who were treated in the cardiology Department of the TMA clinic with cardiac arrhythmias. To study the clinical characteristics of children with BA, information was collected by copying data from the medical record of the inpatient (form 003u) and the history of the child's development, the study of the history of life and disease, clinical examination of children. The research work was carried out in the direction of psychological research of personal properties, the internal picture of the disease and the emotional state of children with asthma. The Spielberger anxiety scale and the Heim coping questionnaire were used to study personality and psychological characteristics.

Results and discussion. Personal and reactive anxiety on the Spielberger scale was 50.8+1.5 points in the group of patients with BA, which significantly exceeds the normative indicators of low and moderate levels of anxiety. Personal characteristics of patients with BA were characterized by increased anxiety in 70 % of cases, from them moderate anxiety cases prevailed-40%. Expressed anxiety as a stable personality characteristic was present in 26.66 % of children. These findings suggest a significant risk of mental maladjustment in about a third of BA patients. Expressed anxiety occurred in 23.3% of cases, moderate-about 50 %. Anxiety was not observed in 16.7% of patients. The consequence of the real somatogenic vital threat caused by BA is the transformation of personal characteristics with the formation of anxiety. Characteristics of anxiety in comparison groups. In the cognitive sphere, the examined patients are characterized by "preservation of aplomb" (self-control) - a constructive mechanism through which children with BA in difficult situations retain good self-control (16.6%). Approximately 10 % of children react in a difficult frustrating situation by avoiding the problem - a non-constructive strategy of "active avoidance" (thoughts about their troubles), associated with the refusal to solve the problem.

Conclusion. The study of the internal picture of the disease has allowed to establish the prevalence in both groups comparison of variants related to the disease associated with a lack of awareness of the disease, may be due to the immaturity of the individual and not yet established enough cognitive ability to assess the situation. Along with this, patients with BA are characterized by a personal response to the disease of intrapsychic orientation with anxiety about their disease. The data obtained, indicate the need for the formation of adaptive response stereotypes in children with BA through cognitive psychotherapy and behavioral training.

РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Собиров У.Х. Абдуллаев Ш.С.

Ташкентский педиатрический институт

Актуальность. Хроническую болезнь почек находят примерно у 10% взрослого населения, а её наличие ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая фибрилляцию предсердий. Установлено,

что риск тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий возрастает по мере снижения скорости клубочковой фильтрации.

Цель работы. Изучить риск тромбоэмболий (ТЭ) и транзиторных ишемических атак (ТИА) у больных с хронической болезнью почек (ХБП) в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП) и влияние на него комплексного лечения, включающего ривароксабан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 35 пациентов, среди них 16 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых 67,8±6,9 лет. Были обследованы пациенты, имеющие в анамнезе и на момент госпитализации транзиторное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) от 30 до 50 мл/мин и ХБП 3 стадии. У всех больных также имелись показания к антикоагулянтной терапии в анамнезе «неклапанная» фибрилляция предсердий (ФП) различной формы. Все пациенты относились к высокому риску в соответствии с классификациями стратификации риска инсульта. Больные с клапанной ФП в исследование не включались. В зависимости от формы ФП пациентов с ХБП 3 стадии разделили на 2 группы: с пароксизмальной ФП и ХБП (n=10) и постоянной ФП и ХБП (n=19). Средний возраст составил в 2 группах 58,7±9,3 и 67,5±10,3 лет соответственно. В анамнезе у 11 пациентов (39,3%) были ишемический инсульт и ТИА, причем инсульт достоверно чаще отмечался у пациентов с ХБП 3 стадии в сочетании с постоянной формой ФП (80%). Риск тромбоэмболических осложнений оценивался по шкале CHA2DS2-VASc. Всем пациентам проведено обследование, включавшее в себя Эхо-КГ и чреспищеводную эхокардиографию (ЧП Эхо-КГ). Риск ТЭ и ТИА у пациентов с ФП неклапанной этиологии оценивался по показателям ЧП Эхо-КГ, позволяющим оценивать наличие и вероятность тромбов в левом предсердии (ЛП). Количественным отражением состояния гемодинамики ЛП являлась пиковая скорость кровотока. Также проводился контроль уровня гемоглобина, креатинина (расчет СКФ по формуле СКД-ЕPI), коагулограммы.

Результаты. По результатам ЧП Эхо-КГ оказалось, что размеры ЛП у пациентов с ХБП 3 стадии и пароксизмальной ФП меньше, чем в группе постоянной ФП и ХБП (43,6±2,7 мм и 48,5±5,7 мм соответственно, p<0,05). Среднее значение пиковой скорости кровотока было снижено у всех пациентов - 34,78±10,58 см/сек, при наличии тромбов это параметр значимо уменьшался - 24,2±2,48 см/сек (p<0,001). Внутривенные тромбы были выявлены у 10 пациентов (35,7%).

Эффект спонтанного эхоконтрастирования (СЭК) был обнаружен у 8 человек (25%). Нами выявлено, что у больных с тромбом в ушке ЛП ФВ была достоверно ниже, чем у пациентов без тромбов. С тромбом в ушке ЛП было связано не только снижение ФВ ЛЖ ниже 45%, но и чаще встречались клинические предикторы тромбоэмболических осложнений (ТЭО) - возраст более 65 лет, артериальная гипертензия, ТЭО в анамнезе, наличие сахарного диабета. Средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил 5. Выявлена более высокая частота встречаемости тромба в ушке ЛП у пациентов с ХБП 3 стадии и пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий. Только 15 больных (53,6%) амбулаторно получали оральные антикоагулянты (ОАК), а 2 (7,1%) принимали аспирин. В стационаре всем к лечению был добавлен ривароксабан в дозе 15 мг 1 раз в день. Через 4 недели терапии ривароксабаном из 8 пациентов с выявленным эффектом СЭК при повторной ЧПЭХОКГ наблюдалось исчезновение СЭК у 4 больных (57%). У 7 пациентов (78%) выявлен лизистромба в ЛП. У 16 (57,1%) больных отмечено увеличение СКФ выше 50 мл/мин, у 14 (42,8%) - диагностирована ХБП 2 ст. Показатели коагулограммы всех пациентов на протяжении всего наблюдения были в пределах нормы.

Заключение. ЧП Эхо-КГ позволяет выделить среди пациентов с ХБП 3 стадии и ФП группу с высоким риском возникновения инсультов и ТИА. Применение ривароксабана в течение 4 недель позволяет добиться лизиса тромбов в ушке ЛП у 76% больных, а исчезновение эффекта СЭК в 58% случаев. Это позволяет рекомендовать ривароксабан для лечения больных с ФП, особенно с высоким риском тромбоэмболических осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ПОДРОСТКА

Суюнов А. М., Шахзадова А. Р., Куцева Д. Н., Григорова А. Н.,
Рубанова М. Ф., Минаев С. В.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Россия

Цель: Представить клинический случай лечения осложненной формы эхинококкового поражения легкого.

Материалы и методы: На базе детской хирургии ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя, на стационарном лечении находился 14-летний ребенок с паразитарной кистой легкого. Ребенок поступил в хирургический стационар из ЦРБ с подозрением на ограниченный пневмоторакс, абсцесс левого легкого, бронхоплевральный свищ. Из анамнеза: ребенок получил тупую травму грудной клетки после падения с высоты, в результате потерял сознание и машиной СП доставлен в отделение реанимации ЦРБ. После проведенных реанимационных мероприятий ребенок стабилизирован и для дальнейшего лечения переведен в хирургическое отделение. В стационаре проведено дообследование, выявлены признаки ограниченного пневмоторакса, абсцесс левого легкого. Для исключения внутрилегочных осложнений проведена бронхография и бронхоскопия. Выявлен бронхоплевральный свищ. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в г. Ставрополь.

Результаты: При поступлении состояние средней степени тяжести. По витальным функциям компенсирован. В локальном статусе грудная клетка не изменена, объем активных и пассивных движений сохранен в полном объеме. При рентгенологической оценке органов грудной полости определяется образование в левой половине грудной клетки. Произведена КТ органов грудной клетки: выявлено 2 кистозных образования левой половины грудной клетки. Ребенку установлен диагноз: Эхинококковые кисты левого легкого, разрыв кисты в плевральную полость с формированием бронхоплеврального свища. Пациенту выполнена торакотомия, эхинококкэктомия с ушиванием бронхогенного свища и капитонажом остаточной полости. Исход-выздоровление.

Вывод. Таким образом, в эндемических регионах у врачей детских хирургов должна присутствовать паразитарная настороженность. Клинический пример показал, что наличие атипичного начала заболевания привело к удлинению диагностического этапа при осложненной форме эхинококкоза легкого.

ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (ИЛИ ПОВТОРНОГО ОБРАЩЕНИЯ) БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ

Сымайылова Н. Ж., Данышбаева А.Б., Омарова Х.С.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный университет им. А.С. Асфендиярова

Актуальность: Согласно международным рекомендациям, необходимо принимать двойную антиагрегантную терапию (аспирин + ингибиторы P2Y₁₂ – рецепторов) не менее 1 год после механической реваскуляризации коронарных артерий. Несмотря на рекомендации многие пациенты самостоятельно отменяют двойную антитромбоцитарную терапию.

Ключевые слова: ОКС, коронарные артерии, стентирование, ретромбоз, клопидогрель.

Цель работы: Изучить причины повторного обращения больных ОКС с подъемом сегмента ST, которые перенесли стентирование инфаркт связанной коронарных артерии

Материалы и методы: За период с 2016 по 2019 годы обратились за повторной помощью после имплантации коронарного стента 104 пациента в АМКБ в возрасте от 46 до 75 лет, в среднем возраст их составил 55±5 лет, из них 37 женщин (35,6%) и 67 мужчин (64,4%) соответственно. Длительность заболевания составил в среднем 7,8 лет. У большинства пациентов ИМТ выше 25 кг\м² (38,5% - избыточная масса тела, 61,5 % - ожирение 1,2 ст). После стентирования больным были назначены клопидогрель по 75 мг 1 раз в сутки которые должны были принимать в течении 1 года непрерывно на фоне аспирина. Но в дальнейшем регистрировались во всех случаях у этих пациентов повторные обращения в стационар уже ранее выписанных больных.

Результаты исследования: выявлено что из всех выписанных пациентов из стационара после стентирования коронарных артерии 104 больных обращались за помощью в связи с развитием ретромбоза. Это составляет 50,9% случаев, у которых основными причинами ретромбоза явилась самостоятельная отмена клопидогреля пациентами. Многие из них придерживались мнения, что после «операции не нужно пить лекарства, потому что наступает излечение». Это являлось крайне опасным заблуждением. После стентирования коронарных артерий, важность медикаментозной терапии возрастает многократно.

Заключение: необходимо обязательный непрерывный прием аспирина+ клопидогреля, с возможной коррекцией их дозировок, делая акцент на уровень холестерина и приему статинов. Таким образом, самостоятельность больных и несоблюдение ими рекомендаций врача, в частности ранняя отмена, перерыв или не прием антиагрегатной терапии приводит к развитию ретромбоза.

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б. Ph.D.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Под дизметаболическими нефропатиями (ДН) понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ. ДН являются причиной развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни (МКБ). В последние годы ДН рассматривают как почечную мембранопатию: первичную (генетически детерминированная нестабильность почечных мембран) и вторичную на фоне приобретенной генерализованной нестабильности цитомембран (при сахарном диабете, водно-электролитных нарушениях, гиповитаминозах и др.).

Существование начальных стадий ДН (изолированная кристаллурия) без выраженных клинических проявлений диктует необходимость активного выявления групп риска и детей с ранними симптомами болезни.

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

Материалы и методы. Подбор детского населения для медицинского обследования осуществлялся в 2018–2019 гг. с помощью выборочного метода с элементами рандомизации. Из 200 детей в возрасте от 3 до 14 лет были отобраны 70 детей с изменениями в анализе мочи в виде оксалурии. При объективном исследовании дети самостоятельно жалоб не предъявляли и не имели клинической симптоматики заболеваний мочевыводящей системы. У всех детей изучили анамнестические данные, наследственную предрасположенность, образ жизни и питания. Контрольную группу составили относительно здоровые дети соответствующего возраста. Результаты и обсуждение. При помощи метода условной информационной энтропии были проанализированы некоторые медикобиологические, наследственные, клиничко-лабораторные, индивидуальные экзогенные факторы риска развития ДН. На основании анализа нами выделено 6 значимых (приоритетных) факторов риска: нарушение физического развития ниже среднего (30,7%); заболевания почек у родственников (38,6%); патология при УЗИ почек (36,3%); группа крови ребенка 0 (1) или АВ (IV) (15,4%); порядковый номер беременности у матери, 2-я и последующие (44,8%); экссудативнокатаральный диатез (33,8%). Анализ генеалогического анамнеза выявил, что у ближайших родственников детей с ДН и МКБ достоверно преобладала заболеваемость МКБ ($p < 0,001$). Также отмечалось увеличение частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ) в генеалогическом анамнезе детей с ДН по сравнению с детьми 2-й групп в 1,9 раза. Инфекционные заболевания и ЭКД встречались достоверно чаще во 2-й группе детей по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Данные литературы также свидетельствуют о том, что ДН часто возникают на фоне различных почечных заболеваний и ведут к развитию МКБ в старшем возрасте. Интересными были данные лабораторных показателей, которые можно отнести к ранним признакам ДН у детей: снижение суточного диуреза, щелочная рН мочи, гиперстенурия.

При УЗИ почек детей с ДН были обнаружены гиперэхогенные включения и анатомические дефекты, которые достоверно чаще встречались по сравнению с детьми контрольной группы.

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Таджиева З.Б.

Ташкентской медицинской академии

Введение. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на ее долю приходится от 27 до 64%.

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

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 120 детей с оксалатной нефропатией в возрасте от 3-х до 14 лет, проживающих в Харезмской области. Всем детям были проведены общеклинические обследования, биохимические исследования крови и мочи. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась ЭФГДС, УЗИ паренхиматозных органов, исследование кала на дисбактериоз.

Результаты и обсуждение. На первых этапах работы нами проведен анализ анамнеза, клинико-параклинических данных и структуры заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей по данным обращаемости.

При анализе медико-биологического анамнеза выявлено, что в 81% случаев имело место патологическая беременность, у 52% обследуемых отмечено перинатальное поражение ЦНС. По данным генеалогического анамнеза, у 85% обследуемых детей выявлено отягощенная наследственность по патологии мочевой системы и гастроэнтерологической патологии (50%). Искусственное вскармливание отмечалось у 49% детей, имеющих патологию мочевой системы и органов пищеварения. Семейный анамнез был отягощен по мочекаменной болезни у 21% детей, по желчнокаменной болезни – у 19%, по язвенной болезни – у 23%.

Изучение данных учетной формы №112 позволило установить, что в структуре патологии органов пищеварения у детей функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (56%) преобладают над органическими, особенно у детей младшего возраста (69%).

Выявлены особенности структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта в зависимости от формы патологии почек: у 91% детей с дисметаболическими нефропатиями выявлена патология органов пищеварения из них: хронический гастрит – у 32%; дисфункция билиарного тракта – у 56%; язвенная болезнь – у 3%, хронический энтероколит – 9%.

Анализ клинической картины в группе детей с заболеваниями почек свидетельствуют о том, что при сопутствующей патологии пищеварительной системы у этих больных в клинике отмечался диспептический синдром в виде тошноты; у 28 % больных наблюдался абдоминальный болевой синдром; у 18% клинические проявления отсутствовали.

Ведущими клиническими синдромами, выделенными нами после клинического обследования детей, явились: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств в 85,6% случаев и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Ни один из клинических синдромов не встречался изолированно. Сочетание трех синдромов было выявлено у 61,7% детей, а наличие двух - у 38,3 % больных.

Обследование детей с оксалатной нефропатией на дисбиоз выявило, что у 65,3% обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I-II степени – у 102 (85 %), дисбиоз III степени – у 18 больных (15%). Следует отметить, что большинство 60% больных до обследования не обращали внимания на состояние функции кишечника. Однако при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления дисбактериоза: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно в виде диареи.

Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным дисбиозом: бифидобактерии обнаруживались в шестом, а лакто- бактерии – в пятом разведении (10^5 КОЕ/г). Общее количество кишечной палочки соответствовало норме лишь у 38 больных (31,6%), было умеренно повышенным (до $6,2 \cdot 10^8$ КОЕ/г) у 42 (35%), у остальных 40 больных сниженным (33,3%). Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным – до $1,3-2,8 \cdot 10^8$ КОЕ/г, в отдельных случаях – до 10^7 КОЕ/г (11 больных). При дисбиозе III степени наряду с количественными и качественными изменениями нормофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще – гемолитических кишечных палочек, реже – грибов кандиды.

Заключение. У детей с оксалатной нефропатией преобладают такие нарушения пищеварительной системы, как хронический гастрит (32%), дисфункция билиарного тракта (56%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (3%), хронический энтероколит (9%).

Нарушение функции кишечника, в виде дисбиоза выявлено у 65,3% детей с оксалатной нефропатией. Наиболее часто диагностируется дисбиоз I-II степени (85 %).

Ведущими клиническими синдромами являются: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств (85,6%) и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Сочетание трех синдромов имело место у 61,7% детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Тарнавская С.И.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Цель работы. Улучшить результаты лечения детей, больных внебольничной пневмонией (ВП), путем изучения диагностической ценности лейкоцитарных индексов крови в качестве маркеров риска неблагоприятного течения заболевания.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 72 детей, больных ВП. С учетом среднего показателя индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) дети разделены на 2 клинические группы. I группу составили 28 детей,

страдающих ВП у которых ИСЛК равен $\geq 2,0$ у.е. (средний возраст - $7,8 \pm 1,6$ года, доля мальчиков - $57,2 \pm 3,6\%$), во II группу вошли 44 пациента, больных ВП с показателями ИСЛК $< 2,0$ у.е. (средний возраст - $6,8 \pm 1,1$ года ($p > 0,05$), доля мальчиков - $59,1 \pm 2,2\%$, ($p > 0,05$). По основным клиническим характеристикам группы сравнения были сопоставимы.

Результаты исследования. Анализ полученных данных позволил установить, что отчетливые признаки интоксикации наряду с повышением температуры тела свыше $38,5^\circ\text{C}$ регистрировали у 50% больных II группы и только в 36,4% ($p > 0,05$) представителей первой группы. Субфебрильная температура ($37,2-38,0^\circ\text{C}$) отмечалась у 42,8% пациентов первой группы и у 18,2% ($p < 0,05$) больных II группы. Фебрильная температура (более $38,1^\circ\text{C}$) также чаще регистрировалась у пациентов II группы у 81,8% детей и у 57,2% ($p < 0,05$) представителей II клинической группы.

В среднем продолжительность лихорадки у пациентов I группы составляла 4,9 дня, а у пациентов II группы - 4,1 дня. Показатели риска регистрации длительной лихорадки ($38,5^\circ\text{C}$ свыше 4 дня) у пациентов, больных внегоспитальной пневмонией при наличии выраженного ИСЛК > 2 у.е. составили: относительный риск - 1,5 [95% ДИ: 1,1-2,1] при соотношении шансов - 2,3 [95% ДИ: 1,3-4,1].

В то же время у пациентов с ВП и ИСЛК > 2 у.е. при одновременном повышении индекса Кальф-Калифа > 16 у.е. относительный риск выраженной и длительной интоксикации увеличился в 3,4 раза [95% ДИ: 1,8-6,9] при соотношении шансов - 4,2 [95% ДИ: 2,1-8,9]

Выводы. Таким образом, комплексный подход к применению лейкоцитарных индексов позволил оценить прогноз неблагоприятного течения внебольничных пневмоний у детей групп сравнения, в частности шансы выраженной интоксикации при наличии индекса сдвига лейкоцитов крови более 2 у.е. увеличились в 2,3 раза а в совокупности с показателями индекса Кальф-Калифа > 16 у.е. - в 4,2 раза.

КОМОРБИДНОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Тарнавская С.И., Прунчак Н.И.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Введение. Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) важные социально-значимые болезни как у детей, так и у взрослых, поскольку приводят к ухудшению качества жизни больных, снижение работоспособности и инвалидизации населения. Собственно, у 70-90% больных бронхиальной астмой развивается аллергический ринит, и 40-50% пациентов с АР имеют астму. АР может способствовать прогрессированию астмы аналогичным образом можно улучшить контроль астмы через облегчение тяжести АР.

Цель работы. Для оптимизации результатов комплексного лечения детей, больных бронхиальной астмой, ретроспективно изучить особенности течения заболевания с учетом сопутствующих коморбидных состояний (аллергического ринита).

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клинико-иммунологическое и аллергологическое обследование 69 детей, больных бронхиальной астмой. Сформировано 2 группы: I группа - 24 детей больных бронхиальной астмой (средний возраст - $11,6 \pm 0,4$ года, доля мальчиков - 70,0%), II группа - 45 детей больных бронхиальной астмой с сопутствующим аллергическим ринитом (средний возраст - $12,4 \pm 0,8$ года, доля мальчиков - 80,0%), из них - у 16 детей (35,6%) регистрировали интермиттирующий АР, а в 29 пациентов (64,4%) - персистирующий АР. По основным клиническим характеристикам группы наблюдения были сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. Анализ тяжести течения бронхиальной астмы у детей клинических групп наблюдения показал, что персистирующее легкое, среднетяжелое и тяжелое течение астмы у представителей первой группы регистрировали в 20,0%, 70,0%, 10,0% случаев соответственно, а у пациентов II группы - в 12,0% ($p > 0,05$), 52,0% ($p < 0,05$), 36,0% ($p < 0,05$) соответственно. Подробная оценка контроля БА по данным АСТ-опросника (Asthma Control Test) позволила установить, что средний показатель АСТ-теста в I группе был равен $18,2 \pm 1,2$ балла, а у пациентов II группы - $16,8 \pm 0,9$ бала, что свидетельствует о преобладании частично контролируемого или неконтролируемого течения БА у пациентов II группы. Так, показатели риска потери контроля (АСТ-тест < 19 баллов) у детей II группы по сравнению с пациентами I группы составили: относительный риск - 1,2 [95% ДИ: 0,8-2,6] при соотношении шансов - 4, 1 [95% ДИ: 2,0-9,6].

Выводы. Таким образом, при наличии сопутствующих коморбидных состояний (аллергического ринита) шансы неконтролируемого течения бронхиальной астмы увеличивались в 4,1 раза, а тяжелое течение заболевания регистрируют у каждого третьего пациента.

THE ROLE OF NURSING IN DEVELOPING THE HEALTHY LIFESTYLE

Tashpulotova N., Niyozova N.

Tashkent medical academy

Training of qualified personnels is a priority of our public policy, so there is a significant and special role of higher education of nurses in our country. Qualitative indicators of nurses with higher education are also related to the development of a healthy lifestyle of every country.

Well, How should a healthy lifestyle be integrated into the work of nurses?! From the perspective that a healthy lifestyle usually requires a set of standards, it is desirable for future nurses to develop practical skills in all aspects of a healthy lifestyle. In our opinion, the quality of nursing advocacy is characterized by news coverage, it is impossible to explain the theoretical and practical peculiarities of a healthy way of life with existing propagation technologies. It should be noted that the constant duplication of some propaganda technologies does not enrich the knowledge required to form a healthy lifestyle, At the same time, nurses are required to change advocacy technologies based on age, occupation and lifestyle. Undoubtedly, the use of innovative teaching methods by nurses is an evidence of increased commitment and professionalism. It is worth noting that there are still small stories in the promotion of healthy lifestyles, such as «Oral Statement», «Specific Disease and Preventive Measures», «Regular Sports.» We do not mean, however, that these methods have been excluded or applied from propaganda methods, but each of us

is just developing new propaganda technologies to promote a healthy lifestyle, and it is also true that nursing education needs to be further refined in technology to explain the nature of healthy lifestyles to all subject areas, and that the quality of lessons and youthful thinking cannot be enriched by the outdated methods of changing times.

Reflecting on the role of nurses in developing a healthy lifestyle, we would like to emphasize that in addition to the professional aspects of this activity, the study of specific aspects of a civilized and cultured personality is an important scientific and practical topic of our time. The role of nurses in promoting healthy lifestyles is not only a professional (well-educated, well-trained) advocacy process, but also a process that requires specific spirituality. We would like to describe the following in the context of our article: Nursing is a social process that requires a high level of knowledge and experience from a person, and a civic duty, as well as a system of responsibility, in addition to enhancing professionalism in daily life. We consider it important to study world experience in the field of nursing practice, to understand the traditions and customs of our people, to pay attention to socio-cultural aspects, to gather knowledge and experience on the importance of modern socio-political processes.

НОВЫЙ ПОДХОД НА ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Новые маркеры необходимы для ранней диагностики ревматоидного артрита (РА), так как серонегативность как при ранних, так и при установленных РА остается основным ограничением как антител антициклическим цитруллинированным пептидом (АЦЦП), так и ревматоидного фактора (РФ). Белок 14-3-3 может представлять собой новый биомаркер для обнаружения РА.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов 14-3-3η белка и АЦЦП в крови у больных РА, СКВ и ОА.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных (48 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст составил 53,9±1,5 лет) с достоверным диагнозом РА, с продолжительностью заболевания от 1 до 6 месяцев. Из них 19 больных были с ранним РА и 31 с установленным РА. Верификация диагноза РА осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями АРА (1987). Больные были преимущественно со II степенью активности заболевания. 45 пациентов были включены в контрольную группу (17 пациентов с СКВ, 28 пациентов с ОА). Все демографические, клинические данные и серологические данные (оценка активности заболевания в 28 суставах (DAS28) и СОЭ, СРБ, РФ и АЦЦП были зарегистрированы. У всех больных определены 14-3-3η белок и АЦЦП в сыворотке крови.

Результаты. Проведенное исследование показало, что диагностический уровень РФ был выявлен у 65,6%, АЦЦП - у 89,3%, 14-3-3η - у 98,2% больных с ранним РА. У пациентов с установленным РА были получены следующие результаты: РФ у 78,4%, АЦЦП - у 96,7%, 14-3-3η - у 99,5%. Не было никаких существенных различий в уровнях сыворотки 14-3-3η между ранними и установленными группами РА (2,85 ± 1,68 против 2,84 ± 1,89 нг / мл). Наблюдалась значительная положительная корреляция между уровнями 14-3-3η белка в сыворотки и СОЭ, СРБ и DAS28 у пациентов с РА и особенно при раннем РА. Уровень 14-3-3η белка в сыворотки крови у пациентов с РА (среднее 2,75 ± 1,85 нг / мл) были значительно выше по сравнению с пациентами СКВ и ОА в контрольных группах. [0,08 ± 0,05 нг / мл]. РФ был выявлен у 58,5%, АЦЦП - у 5,1% больных с СКВ. У пациентов с ОА РФ был выявлен у 25,5%, АЦЦП - у 1,8%. 14-3-3η белок в крови не выявлен у пациентов в контрольной группе которая включала в себе больных СКВ и ОА.

Выводы: Исследование показало, что уровни белка были выше у людей с ранним и установленным РА по сравнению с пациентами СКВ и ОА в контрольных группах. Это означает, что биомаркер может помочь отличить пациентов с РА от людей с другими аутоиммунными заболеваниями. Таким образом, определение 14-3-3η белка имеет высокие уровни чувствительности и специфичности и имеет большое значение в качестве серологического маркера раннего РА.

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ

Тиллаева Ш.О., Мирзаахмедова М., Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Аллергик ринит дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, ҳозирги ушбу касалликдан аҳолининг 30% - 50% азият чекмоқда. Ушбу патологиянинг ривожланишида тиббий-биологик ва санитар-гигиеник омилларнинг таъсири билан бир қаторда атроф муҳит омилларининг таъсири ҳам муҳим ўрин тутди. Атмосфера ҳавосининг ифлосланиши аллергия ринитнинг келиб ривожланишига ва қайталанишига сабаб бўлиши олимларнинг тадқиқот ишлари натижалари бўйича тасдиқланмоқда.

Тадқиқот мақсади. Ишнинг мақсади болаларда аллергия ринит касаллигини ривожланишида атмосфера ҳавосининг таъсирини ўрганиш, ушбу касалликнинг ривожланишини олдини олиш бўйича профилактик тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тошкент шаҳар Давлат санитария эпидемиология назорат марказидан олинган маълумотларга кўра Олмазор тумани атмосфера ҳавосидан олинган намуналар тахлили чангнинг миқдори 2016 йилда олинган намуналарнинг 44,5% ида, 2017 йилда -12,2% ида, 2018 йилда эса 48,5% ида рухсат этилган концентрациядан (РЭК) юқори эканлигини, CO₂ нинг миқдори эса 2016 йилда олинган намуналарнинг 1,67% ида, 2017 йилда -2%ида РЭК дан юқори эканлигини кўрсатди. Атмосфера ҳавоси таркибидаги чанг миқдорининг РЭКдан юқори бўлиши аллергия ринитнинг ривожланишида хавф омилларининг етакчиларидан ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари. Олмазор тумани аҳолисининг умумий касаллини кўрсаткичиларини тахлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, 2016 йилда жами касалланишлар сони 35517 бўлиб, шулардан 8650 таси нафас олиш аъзолари касалликлари ташкил этган. Аллергик ринит билан 187 нафар бола касаллангани қайд этилган. 2017 йилда жами касалланишлар сони 51612 бўлиб, шулардан 8857 таси нафас олиш аъзолари касалликлари ҳисобланиб, ундан 122 таси аллергия ринит билан касалланган болалар, 2018 йилда жами касалланишлар сони 65700 бўлиб, шулардан 8938 таси

нафас олиш аъзолари касалликлари ҳисобланиб, ундан 138 таси аллергик ринит билан касалланган болалар сонига тўғри келади. Бунда 2016 йил 52,4% и қизлар, 2017 йилда 68%и қизлар, 2018 йилда эса 61,59 % қизлар сонига тўғри келади. Бундан кўриниб турибдики ўғил болаларга нисбатан қиз болалар кўпроқ ушбу касаллик билан касалланганлар.

Аллергик ринит касаллиги ривожланишида санитар гигиеник ва тиббий биологик омилларнинг таъсирини ўрганиш бўйича аҳоли ўртасида сўровнома ўтказилди. Аллергик ринит билан касалланган беморларнинг 28% автомагистрал йўлга, 26% саноат корхоналарига яқин жойда истиқомат қиладилар. 18% беморларнинг хонадонда чекувчиларнинг мавжудлиги, 10% ида эса ушбу касалликнинг ирсий эканлигини кўришимиз мумкин. Назорат гуруҳидаги болаларнинг 22% автомагистрал йўлга яқин жойда, 20% эса саноат корхоналарига яқин жойда истиқомат қиладилар. 2 ва ундан ортиқ хавф омили таъсирига остида бўлиши аллергик ринит ривожланиши хавфини ошириш эҳтимоли борлиги ўрганиш мақсадида кузатувимизда бўлган респондентлардан олган маълумотимиз тахлили шуни кўрсатдики 50 фоиз касалланганлар 3та хавф омили таъсирида экан (1.саноат корхоналари ва 2.автомагистрал йўл яқинидаги уйларда истиқомат қилиши ҳамда 3.уйда чекувчилар бор); 19 фоиз касалланганлар 2та хавф омили таъсирида экан (1.наслий омиллар билан бир қаторда 2.саноат корхоналари яқинидаги уйларда истиқомат қилиниши; ёки 1. Уй хайвонлари ва чекувчиларнинг борлиги). Бу натижа эса комплекс таъсир аллергик ринит ривожланиши хавфини оширади деган тахмин қилишимизга асос бўлди.

Ишимизнинг кейинги босқичида асосий (аллергик ринит билан касалланганлар) ва назорат гуруҳига киритилган болалар яшайдиган хонадонларда ўлчов ишлари амалга оширилди. Бунда ички муҳитдаги чанг (PM 10, PM 2,5), CO₂ ва формальдегид миқдорида гигиеник баҳо берилди. PM 10 миқдори асосий гуруҳга киритилган хонадонларда РЭКдан 1,9 баробар юқорилиги, назорат гуруҳида – 1,5 баробар юқорилиги, шунингдек CO₂ миқдорининг ҳам РЭКдан юқорилиги аниқланди. Формальдегид миқдори эса асосий гуруҳда РЭКдан 1,4 юқори эканлиги аниқланди.

Хулоса: Охириги 3 йилда атмосфера ҳавосини тахлил қилиш натижалари олинган синамаларнинг 34,97 % да чанг миқдори (1,79 %да CO₂ миқдори РЭКдан юқори эканлигини кўрсатди. 14 ёшгача бўлган болаларнинг (92578) 0,48 %да аллергик ринит қайд этилган бўлиб (71,4%да қиз болаларда), 2016 йилдан 2018 йилга 10,96%га камайган. Сўровнома натижалари аллергик ринит бор болаларнинг 25,8% автомагистрал йўл яқинида, 24,5% саноат корхоналарига яқин жойлашган хонадонларда истиқомат қилишини, 17,7%и –хонадонда чекувчилар борлигини, 12,9% - ота ёки онасида аллергик ҳолатлар борлигини кўрсатди. 50% болалар АР ривожланишига сабаб бўлувчи 3та хавф омили таъсирида (автомагистрал йўл ва саноат корхоналарига яқин жойлашган хонадонларда истиқомат қилиши, хонадонда чекувчилар борлиги) эканлиги аниқланди. **PM 10 миқдори асосий гуруҳга киритилган хонадонларда РЭКдан 1,9 баробар, назорат гуруҳида эса– 1,5 баробар юқорилиги аниқланди.** Формальдегид миқдори эса асосий гуруҳида РЭКдан 1,4 юқори эканлиги аниқланди. Аллергик ринитнинг 1-чи, 2-чи ва 3-чи профилактикасида хавф омилларининг алоҳида ва комплекс таъсирини инобатга олиш зарур.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ЗА СВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ

Тихомирова Г.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является распространенной патологией среди сердечно-сосудистых заболеваний, не имеющей тенденции к снижению, несмотря на активные действия медицинских работников. В ходе исследования группы пациентов с АГ нами изучалась медицинская, социально-гигиеническая и психологическая характеристика пациентов, образ жизни, как важной составляющей в снижении уровня факторов риска посредством пропаганды здорового образа жизни и снижения заболеваемости и смертности без существенных затрат на медицинское обслуживание является отношение к своему здоровью.

Комплексная оценка состояния здоровья пациентов основной группы (135 больных) проводилась на основании важных критериев таких, как возраст, при котором произошел первый подъем АД, продолжительность заболевания, кратность заболеваний в году, наличие тяжелых осложнений (ИМ или инсульта), наличие хронических заболеваний. В зависимости от значения перечисленных выше оценочных критериев все обследованные были разделены на группы здоровья. В группу с плохим состоянием здоровья (группа III) были включены больные АГ, средний возраст которых при появлении первых признаков заболевания составил у мужчин 38,4±11,3 года, у женщин – 35,6±12,4 соответственно; средняя продолжительность заболевания составила у мужчин 12,5±3,6 лет, у женщин – 17,4±6,4 соответственно, с кратностью 10 и более случаев заболевания в год и их длительностью более 40 дней в одинаковой мере, как у мужчин, так и у женщин; имели в анамнезе перенесенные ИМ 3,1% мужчин и 2,5% женщин, 6,1% мужчин и 4,8% женщин – перенесли инсульт. Удельный вес основной группы больных с плохим состоянием здоровья составил 48,4%. В эту же группу вошли пациенты, у которых два из перечисленных признаков имели позитивное значение. В группу с хорошим состоянием здоровья (группа I) вошли пациенты, у которых все перечисленные оценочные критерии имели позитивное значение (средний возраст при появлении первых эпизодов заболевания составил 46,6±9,6 лет у мужчин и 48,1±7,5 – у женщин; средняя продолжительность заболевания в 2 раза меньше у мужчин и в 1,8 раза – у женщин; кратность заболевания – 3-4 раза в год, как у мужчин, так и у женщин, с продолжительностью заболевания менее 40 дней; среди перенесенных осложнений АГ отмечено 1,2%; 0,7%; и 2,4%; и 1,1% соответственно), или один из названных оценочных критериев был неудовлетворительным. Удельный вес данной группы пациентов составил 22,4%. Все остальные пациенты вошли во II группу (29,2%) с удовлетворительными показателями здоровья. Сравнительный анализ заболеваемости среди лиц с плохим здоровьем (III группы) выявил его высокий уровень по сравнению с I группой, где состояние здоровья отмечено хорошим (849,6‰ и 598,7‰, p<0,05).

Выявлено наличие высокого уровня заболеваемости по всем классам болезней в группе с плохим здоровьем. Таким образом, пациенты, ответственные за свое будущее здоровье и ведущие здоровый образ жизни мало привержены к заболеваниям АГ и ее осложнениям.

SUITSIDAL XULQ-ATVOR OMILLARI

Tojimatov S.B. Narmetova Y.K.

Тошкент тиббиёт академияси

O'z joniga qasd qilish - bu qasddan hayotdan voz kechishdir. O'z joniga qasd qilish hodisasi (suitsid so'zi "o'z joniga qasd qilish" degan ma'noni anglatadi) insoniyat e'tiborini qadimdan jalb qilgan. O'z joniga qasd qilishni o'rganish dolzarbligi shubhasizdir.

Suitsidologiya – o'z joniga qasd qilish hodisasini o'rganadigan fan. Har 40 sekundda bir kishi o'z joniga qasd qilab olamdan o'tadi, bu yiliga 1 million odam degani. Va turli manbalarga ko'ra yigirma milliondan ortiq o'z joniga qasd qilishga urinishlar bo'ladi. Bu yerda statistikani aniq ko'rsatish juda murakkab, sababi ularning hammasi ham ro'yxatga olinmagan. O'z joniga qasd qilish o'lim sabablari orasida birinchi o'rinda turadi va qotilliklarga nisbatan o'z joniga qasd qilish ikki baravar ko'p. Savol tug'iladi: kim o'z joniga qasd qilmoqda? Oddiy kuzatuv shuni ko'rsatadiki, umumiy olganda buni faqat telba qila oladi. Ammo bu yerda ilmiy nuqtai nazardan qaralganda ruhiy kasallar faqatgina 20 foiz hollarda o'z joniga qasd qilishadi, chegara ruhiy buzilishi tashxisi qo'yilgan bemorlar: nevrotik holatlar, depressiv holatlar, xarakterning ba'zi anomaliyalari 65 foiz, 15 foiz hollarda bu shartli norma deb ataladigan aqlan sog'lom odamlardir.

O'z joniga qasd qilish - odatda ikki bosqichga bo'linadi: dispozitsiyadan oldingi (o'z joniga qasd qilishdan oldin) bosqich va o'z joniga qasd qilish bosqichi. Birinchi bosqich - bu tayyorgarlik bosqichi, unda tez orada bunday urinishlarni amalga oshiradigan odamda, uni ushbu harakatni sodir etishga undagan ba'zi omillarni kuzatishimiz mumkin. Va o'z joniga qasd qilish fazasi o'z joniga qasd qilish deb ataladigan faoliyatning butun repertuarini o'z ichiga oladi, bu oz joniga qasd qilish to'g'risida fikrlarni va hayotdan chiqib ketishga yordam beradigan harakatlarni rejalashtirishni ham o'z ichiga oladi. O'z joniga qasd qilishning nima ekanligini tushuntirish haqida gaplashganda, "o'lim to'g'risida qaror qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan hodisalar guruhini nima tashkil qiladi?" degan savolga duch kelamiz. Shuni aytish mumkinki, hozirgi paytda deyarli barcha olimlar o'z joniga qasd qilishni biopsixosotsial hodisa deb atashadi, ya'ni uning biologik, psixologik va ijtimoiy omillari mavjud.

Biologik omillar. Ular nisbatan yaqinda o'rganila boshlandi va katta qiziqish uyg'otdi. Bu haqida nima deyishimiz mumkin? Birinchidan, genetik omillar. Darhaqiqat, birinchi darajali qarindoshlarning o'z joniga qasd qilishi boshqa qarindoshlarining o'z joniga qasd qilish ehtimolini 4 baravar ko'paytirishini ko'rsatadigan genetik ma'lumotlar mavjud, ya'ni ular bunday xatti-harakatlarga ko'proq moyil bo'ladi. Egizaklar bo'yicha tadqiqotlar: agar egizaklardan biri suitsid sodir etgan bo'lsa monozigotik egizaklarda o'z joniga qasd qilish ehtimoli 20 baravar ko'payadi. Shu holat dizigotik egizaklarda bo'lsa, turli manbalarga ko'ra, o'z joniga qasd qilish xavfi 4% gacha ko'tariladi. Neyropsixologlar o'z joniga qasd qilgan bemorlarni neyropsixologik tekshiruvdan o'tkazganda, miyaning frontal qismlari funktsiyalarida ma'lum bir yetishmovchilikni topashgan, ya'ni o'z joniga qasd qilgan bemorlarda psixika biroz boshqacha ishlaydi. Eng umumiy shaklda o'z joniga qasd qilishning tipologiyasi mavjud. Masalan, doimiy o'z joniga qasd qiladigan bemorlar - qandaydir og'ir stressga duch kelganda miyaning frontal qismlarining orbital zonalarida etishmovchilik bo'ladi, buni ularda o'tkazilgan neyropsixologik testlar va funktsional MRT ma'lumotlari ko'rsatadi. Uzoq vaqtdan beri o'z joniga qasd qilishni rejalashtirgan bemorlarda dorsolateral prefrontal miya po'stlog'i funktsiyalarida nuqsonlar mavjud bo'ladi. Bu shuni ko'rsatadiki - odamlar dorsolateral prefrontal miya po'stlog'i yetishmovchiligi tufayli ozlarining muammolariga turli xil yechimlar topa olmaydilar. O'z joniga qasd qiluvchilarda 5-gidroksiindoleasetik kislota va serotoninning konsentratsiyasi miyaning ba'zi joylarida kamayishi va imipraminning miya to'qimalariga bog'lanishining pasayishi kuzatiladi. O'z joniga qasd qilishga uringan bemorlarda (masalan, monopolyar depressiya, psixopatiya, shizofreniyadan) miya suyuqligida 5-gidroksiindoleasetik kislota konsentratsiyasi kamayadi; ularda gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi tizimining faolligi oshganligi (xususan, siydikda kortizolning ajralib chiqishi ko'payganligi) kuzatiladi. Ba'zilarining fikriga ko'ra, ushbu ko'rsatkichlar haddan tashqari hissiy va zaif odamlarni, shuningdek, impulsiv harakatlarga moyil bo'lgan bemorlarni aniqlashga imkon beradi. Agar ushbu biokimyoviy siljishlar hissiy xafagarchilik bilan birlashtirilgan bo'lsa, unda o'z joniga qasd qilish xavfi katta.

O'z joniga qasd qilish xususiyatini belgilaydigan ijtimoiy omillar uzoq vaqt davomida o'rganilgan. Bu masalada ilmiy sotsiologiyaning asoschilaridan biri sotsiolog Emil Dyurkgeym o'z joniga qasd qilishni jamiyat bilan bog'ladi. Agar jamiyat muayyan xususiyatlarga ega bo'lsa: jamiyatda juda ziddiyatli vaziyat bo'lganida, mazmunli qoidalar bo'lmaganda, inson jamiyatda tan olinmaydi va bu insonni Durkgeym nuqtai nazaridan o'z joniga qasd qilishga olib keladi. Bir tomondan, bu ijtimoiy qatlam, ijtimoiy hodisa. Qator ijtimoiy-psixologik jarayonlar mavjud bo'lib, ular o'z joniga qasd qilishni ham belgilaydi. Misol tariqasida, bu yerda Young Werther sindromi deb ataladigan Gyotening "Yosh Verterning azoblari" kitobi nashr etilgandan so'ng, Evropada bir qator yoshlar o'z joniga qasd qilishlar bu kitobning ta'siri tufayli paydo bo'lgan deb hisoblashadi, chunki bu yoshlarga o'sha davrdagi romantizm ruhi ta'sir qildi. O'z joniga qasd qilish soniga bevosita ta'sir ko'rsatadigan ijtimoiy omillarni aniqlash juda qiyin. Profilaktika, ehtimol, biologik omillar darajasida amalga oshirilishi kerak, ya'ni ilmiy tadqiqotlarni biologik sabablar kompleksini aniqlash sohasiga yo'naltirilishi kerak. Eng sodda vazifa - ruhiyat ma'lum darajada tuzilgan va hali etarlicha rivojlanmagan, noqulay ijtimoiy-psixologik sharoitlarda, mojarro sharoitida bo'lgan odamlar bilan ishlash. Biz ommaviy axborot vositalarida o'spirinlarning o'z joniga qasd qilishi markaziy muammo ekanligini juda yaxshi bilamiz. Xavf ostida bo'lgan o'spirinlarga, ularga jiddiy e'tibor berish kerak. Giyohvand moddalarga moyil bo'lgan o'spirinlar xavf ostida, bu guruhlar bilan ijtimoiy-psixologik va psixoterapevtik ishlarni olib borish kerak.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ АТЛЕТОВ-КУРАШИСТОВ

Тохтиев Ж. Б., Еремушкин М.А., Усманходжаева А.А.

Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования – определение особенностей роста и развития детей и подростков школьного возраста в Андижане.

Материалы и методы исследования. Проведены измерения антропометрических параметров 87 детей в возрасте 14-21 лет, из которых 41 детей обучались в средних общеобразовательных учреждениях г. Андижан, 46 школьников в районных центрах Андижанской области. Полученные значения антропометрических показателей физического развития школьников г. Андижан сравнивали с результатами исследования соответствующих возрастно-половых групп детей и подростков, проживающих в Андижанской области.

Результаты исследования и их обсуждение. Дети г. Андижана и районных центров поступают в школу с практически одинаковыми антропометрическими параметрами. В силу неоднородного влияния условий и характера обучения, питания, двигательного активности показателя физического развития в процессе обучения приобретают достоверные различия. Длина тела мальчиков г Андижана в возрасте 17-18 лет ниже длины тела сверстников, проживающих в районах в Андижанской области ($p < 0,01$). Окружность грудной клетки Андижанских школьников статистически значимо меньше, чем у сверстников Андижанской области в возрастных группах 14-18 лет и 20 лет. Окружность бёдер у городских школьников в возрасте 14-20 лет статистически значимо меньше чем у детей Андижанской области ($p < 0,05$)

Заключение. Результаты измерений антропометрических показателей физического развития школьников г. Андижан и Андижанской области и их сравнительного анализа продемонстрировали, что дети в городе существенно отличаются по основным антропометрическим показателям от своих сверстников, проживающих в районных центрах области. Своеобразные условия обучения, образ жизни и факторы окружающей среды оказывает характерное влияние на рост и развитие детей г. Андижана.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА ЭРИТРОПОЭТИН БИЛАН ЯЛЛИҒЛАНИШ ЦИТОКИНЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Турақулов Р.И., Қурбонов А.К., Рахимова М.Э.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Мақсад: СЮЕ камқонлик билан кечган беморларда яллиғланиш олди цитокинлари ва эритропоэтин ўртасидаги ўзаро боғлиқликни аниқлаш.

Материал ва методлар: Тадқиқотга 95 нафар юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган СЮЕ мавжуд беморлар танланди. Беморлар учта гуруҳларга ажратилди. Биринчи гуруҳ СЮЕ темир танқислик камқонлиги мавжуд 30 нафар беморлардан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $64,8 \pm 1,31$, эркаклар 11 (37,5%) ва аёллар 19 (62,5%) ни ташкил этди. Иккинчи гуруҳни СЮЕ сурункали касалликлар камқонлиги билан кечган 35 нафар беморлардан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $65,3 \pm 1,48$, эркакларда 14 (39,5%) ва аёлларда эса 21 (60,5%) ни беморлар ташкил этди. Назорат гуруҳи сифатида СЮЕ камқонликсиз кечган 30 нафар беморлар танланди. Уларнинг ўртача ёши $63,4 \pm 1,13$, эркаклар 16 (54,5%) ҳамда аёллар 14 (45,5%) ни ташкил этди.

Тадқиқот натижалари: Биринчи кичик гуруҳдаги СЮЕ темир танқислик камқонлиги мавжуд беморларнинг қон таркибидаги эритропоэтин миқдори $52,67 \pm 4,3$ mIU/ml ни ташкил этди. Қон зардобидидаги ИЛ-1 миқдори II-III ФС ларида мос равишда $17,9 \pm 2,1 - 20,8 \pm 1,3$ нг/мл ни, ИЛ-6 миқдори $20,4 \pm 1,8 - 22,6 \pm 1,3$ нг/мл ни, альфа ЎНО миқдори эса $19,6 \pm 0,62 - 21,8 \pm 1,64$ нг/мл ташкил этди. Иккинчи кичик гуруҳдаги сурункали касалликлар камқонлиги билан кечган СЮЕ мавжуд беморларда эритропоэтин миқдори $6,4 \pm 1,12$ mIU/ml ни, ИЛ-1 миқдори II-III ФС ларида мос равишда $18,2 \pm 0,72 - 21,1 \pm 1,93$ нг/мл ни, ИЛ-6 миқдори эса мос равишда $26,6 \pm 1,7 - 29,7 \pm 1,3$ нг/мл ни, ҳамда альфа ЎНО миқдори мос равишда $20,2 \pm 0,72 - 24,7 \pm 1,93$ нг/мл иборат бўлди. Назорат гуруҳдаги СЮЕ камқонликсиз кечган беморларда эритропоэтин ўртача миқдори $20,76 \pm 6,2$ mIU/ml ни, ИЛ-1 миқдори II-III ФС ларида мос равишда $16,4 \pm 0,72 - 18,6 \pm 1,93$ нг/мл ни, ИЛ-6 миқдори эса мос равишда $17,2 \pm 1,78 - 18,9 \pm 1,3$ нг/мл га, альфа ЎНО миқдори мос равишда $15,9 \pm 0,72 - 17,4 \pm 1,93$ нг/мл қайд этилди.

Шунингдек, сурункали касалликлар камқонлиги билан кечган СЮЕ мавжуд беморларда (2 гуруҳ) эритропоэтин ИЛ-1 билан кучсиз тескари ($r = -0,24$, $P < 0,05$), ИЛ-6 билан кучли тескари ($r = -0,52$, $P < 0,001$), альфа ЎНО билан ўртача тескари ($r = -0,37$, $P < 0,05$) боғлиқлик аниқланди.

Хулоса: Сурункали касалликлар камқонлигида СЮЕнинг II - III функционал синфларида қон зардобидидаги яллиғланиш олди цитокинлари миқдори функционал синфлар ошиб боришига монанд юқори бўлади. Касалликнинг авж олиб боришида цитокинлар ва эритропоэтин кўрсаткичларига ўзаро тескари таъсири аниқланди.

ГЕМОКОНТАКТ ЙЎЛИ БИЛАН ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Турғунова З.Т., Рахмонов Э.Ж., Б.Ю.Тошбоев

Тошкент тиббиёт академияси

Гемоконтакт механизми билан тарқаладиган юқумли касалликлар муаммосининг долзарблиги ижтимоий, иқдисодий ва эпидемиологик кўрсаткичлар мажмуаси билан белгиланади. 2017 йил 28 июлда бутун дунё бўйича гемоконтакт механизми билан тарқаладиган гепатитларга қарши кураш бўйича 194 мамлакат иштирокида анжуман бўлди. Ушбу анжуманда 2030 йилгача вирусли гепатит В, С, D билан касаланиш миқдорини камайтириш бўйича чора тадбирлари ишлаб чиқиш муҳокама қилинди. Касаллик юқиши учун ўзида вирус сақлаган 10/-3, 10/-7 мл қон кифоя қилади.

Гемоконтакт инфекцияларнинг юқиш йўллари ва омиллари бўйича 2005-2015 йиллардаги тахлилига қарайдиган бўлсак: ДПМларда инфекциялар орқали 4%, стоматологик амалиётларда 4%, қон ва унинг препаратлари орқали 3%, лабораторияда 2%, жинсий алоқа орқали 40%, вертикал орқали 5%, паринтериал йўллар орқали 22% ташкил қилади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг расмий маълумотларига биноан дунё бўйича бир йил давомида 12 миллиарддан ортиқ инъекция амалга оширилади (БЖССТ-2010 й.). Ушбу инъекциялар туфайли 8-16 миллион киши – ВГВ, 2,3-4,7 миллион киши – ВГС ва 80-160 минг шахс - ОИВ инфекцияси билан зарарланиши аниқланган.

ВГВ инфекцияси белгилари билан 2 миллиард инсонаниқланган. Касалланганларнинг 15-40% жигар циррозиёкиракидан ҳалок бўладилар. 350-400 миллион киши гепатит В инфекциясининг сурункали вирус ташувчиларидир.

Тадқиқотларга кўра, Марказий ва Шарқий Осиё ҳамда Шимолий Африка дунёда гепатит касаллигининг С ва В тури энг кўп таралган минтақалар ҳисобланиб, Марказий Осиё республикалари ичида Ўзбекистон юқори ўринларда туради. Аҳоли сонига ҳисоблаганда Миср, Габон ва Мўғилистонда гепатит билан касалланганлар энг кўпи Мисрда, аҳолининг 7,8 фоизи гепатит С билан касалланган.

Вирус гепатит С кўп учрайдиган касаллик бўлиб, аниқ маълумотларга кўра Ер юзи аҳолисининг 10% и шу касаллик билан зарарланган. Бошқа вирус гепатитларга қараганда гепатит С вируси кўпроқ сурункали шаклга ўтишига мойиллиги бор. Ҳамма сурункали жигар касалликлари, цирроз, гепатокарциномаларнинг кўпчилигини келиб чиқишига асосий сабаб НСV-инфекция ҳисобланади.

Гепатит дельта, худди гепатит В касаллигига ўхшаб дунёнинг барча мамлакатларида учрайди. ЖССТ маълумотлари га кўра дунёдаги 15 млн. HBsAg ташувчиларида Дельта вирус ҳам мавжудлиги аниқланган. Ҳозирги даврда бу рақам 25 млн. кишидан кўпроқ. HDV ҳайвонлар ва одамларда касаллик қақиради. Дельта-инфекция узоқ вақт (5-6 йил) давомда фаол инфекцион жараён тарзида кечади ва кўп ҳолатларда жигар циррози ривожланишига сабаб бўлади. HBsAg мусбат бўлган жигар циррози бор сурункали вирус гепатит В беморлари текширилганда, уларнинг 89,1% дельта-инфекция мавжудлиги аниқланган.

Сайёрамизда ҳозирги кунда ОИВ инфекциясини юқтириб олганлар ва ОИТСга чалинган беморлар сони 36,7 миллион, янги зарарланганлар 1,8 миллионни ва ўлганлар 1,0 миллион кишини ташкил этади. Бу кўрсаткич 2010 йилга нисбатан атиги 1,1% пасайган. Бутун жаҳонда 0,6% оив инфекцияси билан яшамоқда. Дунё бўйича бир кунда 7000 та, бир соатда 300 та шахс ОИВ инфекциясини юқтириб олади.

Ўзбекистон Республикасида 2014-2015-2016 йилларда юқиш йўллари га қарайдиган бўлсак, жинсий йўл билан юқиш 2014 йилда - 61,4%, 2015 йилда - 67,7%, 2016 йилда - 69,8%, парентерал йўл билан юқиш 2014 йилда - 23,3%, 2015 йилда - 23,3%, 2016 йилда - 20,8%, вертикал йўл билан юқиш 2014 йилда - 0,2%, 2015 йилда - 0,3%, 2016 йилда - 0,4% ташкил этган. Ушбу даврда юқиш йўллари орасида жинсий йўл етакчи ўринни эгаллайди.

Ўзбекистон Республикасининг турли ҳудудларида гемоконтакт инфекцияларининг касалланиш кўрсаткичи ноте-кис тарқалган. Республикамизда гемоконтакт инфекциясининг тарқалиши ҳар 100 минг аҳоли сонига нисбатан ВГВ 1,1 ни ва ВГС эса 28 нафарни ташкил этганлиги аниқланди. Гемоконтакт инфекциялари кўпроқ катта ёшдаги шахслар ўртасида тарқалган, 14 ёшгача бўлган болаларнинг улуши 5, 68 - 7,04% ни ташкил этди.

Гемоконтакт инфекциялар профилактикаси. Бир мартаба ишлатиладиган тиббиёт анжомларини қўлаш. Гиёҳвандликка қарши кураш. Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш. Эмлаш режасига биноан эмлаш ёшидаги болаларни вирус гепатит В га қарши эмлаш. Оиласида вирус ташувчи ёки сурункали гепатит В билан оғриган беморлар бўлса, қолган оила аъзоларини эмлаш. Ўткир гепатит билан оғриган беморлар ва сурункали вирус ташувчилар диспансер назоратига олиниши керак. Сартарошхоналарда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилинишини тартибли равишда амалга ошириш. Хирургик асбоб-ускуналарни сифатли зарарлантириш (стерилизацияси) устидан назорат қилишни ку-чайтириш.

РОЛЬ ПРОЦЕССОВ АУТОФАГИИ ПРИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Турсунбаева Д.Б.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Аутофагия - это процесс саморазрушения, который важен для балансирования источников энергии в критические моменты развития и в ответ на стресс со стороны питательных веществ. Аутофагия также играет вспомогательную роль в удалении неправильно свернутых или агрегированных белков, очистке поврежденных органелл, таких как митохондрии, эндоплазматическая сеть и пероксисомы, а также в устранении внутриклеточных патогенов и играет важную роль в поддержании физиологического гомеостаза. Таким образом, аутофагию обычно считают механизмом выживания

Цель. Ознакомить, будущих специалистов медицинского профиля, механизмами аутофагии и их роль при предотвращении различных заболеваний. Доказать необходимость процессов аутофагии на эффективность лечения.

Задачи. Роль аутофагии при удалении агрегированных и ошибочно свернутых или образованных белков, а также очистка поврежденных органелл или клеточных компонентов.

Материалы и методы. Есинори Осуми, специалист по клеточной биологии, начал изучать явление аутофагии ещё в 1992 году. Изначально он рассматривал гены, отвечающие за «самопоедание» в клетках дрожжей. Позже выяснилось, что процессы аутофагии оказывают влияние на различные болезни человека, среди которых рак, диабет, нейродегенеративные и инфекционные заболевания.

Замедление процессов аутофагии может повысить эффективность лечения рака и заболеваний мозга.

Если процессы аутофагии замедляются или нарушаются, клетка теряет способность разрушать аномальные белки, отслужившие клеточные структуры и вредоносные микробы.

Исследователи также рассматривают возможность того, что слишком активные процессы аутофагии могут способствовать развитию и распространению раковых клеток. Вероятнее всего, ускоренная аутофагия позволяет клеткам опухоли регенерировать быстрее обычного.

Результаты. Связь аутофагии с нейродегенеративными расстройствами не подвергается сомнению. Проявляется она, например, при болезни Паркинсона. Для этого заболевания характерно наличие ненормальных белковых образований, телец Леви, которые распространяются в мозге. Учёные считают, что нарушенные процессы аутофагии как раз и приводят к тому, что клетки мозга прекращают «поедать» данные аномальные белки.

Подобным образом в мозге могут образовываться и скопления амилоидов. Это вредный белок, который, по мнению учёных, вызывает болезнь Альцгеймера.

Возможность заново запустить процессы аутофагии у людей с нейродегенеративными заболеваниями позволит замедлить или даже полностью прекратить накопление в мозге вредных белков.

Это подтвердилось в первой фазе одного исследования, в ходе которого пациенты с болезнью Паркинсона и деменцией с тельцами Леви ежедневно получали небольшие дозы лекарства от лейкемии, стимулирующего процессы аутофагии. В течение шести месяцев пациенты заметили улучшение своих моторных навыков и мыслительной деятельности.

Вывод. Значимость дефектов аутофагии для болезни и старения становится очевидной из растущих доказательств, связывающих мутацию или потерю функции ключевых генов аутофагии при раке, невропатиях, болезнях сердца, аутоиммунных заболеваниях и других состояниях. При заболеваниях, таких как невропатия (болезни Хантингтона, Альцгеймера и Паркинсона) и ишемическая болезнь сердца, аутофагия более широко признана полезной, учитывая ее роль в устранении «токсических активов» и обеспечении жизнеспособности клеток. Таким образом, аутофагия стала новым и мощным модулятором прогрессирования заболевания, который является как научно интригующим, так и клинически значимым.

РОЛЬ ИММУННЫХ И ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ У ЖЕНЩИН

Умарова Д., Исмаилова Г.А.

Ташкентская медицинская академия

Вульгарные угри (акне, угревая болезнь) - одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет и 11% старше 26 лет (А.А. Кубанова и соавт., 2003; W.Y. Cunliffe, 1993). Заболевание протекает годами и часто приводит к формированию физических дефектов и психоэмоциональному дистрессу (E. Mallon et al., 1995). Являясь мультифакторным заболеванием в этиологии и патогенезе угревой болезни большое значение придается иммунным и гормональным нарушениям, в частности, дисфункции половых желёз с возникновением гиперандрогении, увеличению чувствительности гормональных рецепторов кожи к андрогенным стимулам или комбинация этих двух причин (Ю.К. Скрипкин и соавт., 1993; Е.В. Соколовский и соавт., 1998). Это приводит к нарушению деятельности сальных желёз, проявляющееся в гиперсекреции, изменении физико-химического состава кожного сала и патологическому фолликулярному кератозу. В дальнейшем, в воспалительной фазе заболевания, ключевую роль играют пропионобактерии акне (Т.А. Корчевая, 1982; В.Г. Дегтярь, 1992; А.М. Kligman, 1991; М.Н. Winston, А.Р. Shalita, 1991; J.J. Leyden, 1995).

Цель исследований – на основании изучения иммунного и гормонального статуса выявить дерматологические проявления гиперандрогении.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 78 женщин репродуктивного возраста. Изучали акушерско - гинекологический анамнез, проводили общеклинические и ультразвуковые обследования, определяли в сыворотке крови содержание эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола, тироксина, трийодтиронина, тиреотропного гормона, а также состояние иммунного статуса.

Результаты. У женщин с гиперандрогенией выявлены клинические и лабораторные признаки гипотиреоза, а также клинические проявления жирной себореи, гирсутизма, акне, алопеции. У 43 пациенток диагностированы различные нарушения репродуктивной функции (изменения менструального цикла, ановуляция, олигоменорея, и как следствие бесплодие). У всех женщин наблюдали проявления угревой болезни. Анализ иммунологических показателей показал достоверно значимое снижение значений CD-3+ ,CD-4+, ИЛ-4,ФНО-альфа у больных акне с состоянием гипотиреоза. Исследования гормонов щитовидной железы показало угнетение выработки Т 3 и Т 4 и увеличение выработки кортизола корковым слоем надпочечников. Эти нарушения с увеличением давности болезни носили более выраженный характер.

Установлена зависимость между степенью андрогенизации, уровнем гормонов щитовидной железы, иммунными нарушениями и выраженностью дерматологической симптоматики. Показано, что состояние нелеченного гипотиреоза у женщин с акне может быть причиной торпидного течения, малоэффективности проводимой терапии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к терапии угревой болезни современными антиандрогенными препаратами, а также гормонами щитовидной железы с учетом тяжести кожного процесса и выраженности изменений в репродуктивной системе.

РЕВМАТОИД АРТРИТДА КОМБИНИРЛАНГАН ТЕРАПИЯ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН НОЖЎ ТАЪСИРЛАР

Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Жабборов А.А., Назарова Н.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Ревматоид артрит (РА) аутоиммун касалликлар ичида энг кўп учровчи касаллик бўлиб, бўғимларда яллиғланиш, улар деструкцияси ва фаолиятини бузилиши билан характерланади. У инсонларнинг хар қандай ёшида, айниқса мехнатга лаёқатли даврида учраб, тез авж олади ва кўп холларда ногиронликга олиб келади.

РА фармакотерапиясининг асосий вазифаларидан бири бўғимлардаги яллиғланиш жараёнини тез ва муқим сўндириш, касалликни кейинчалик авж олишини олдини олишдир. Хозирги кунда РА касаллигини даволашда комбинацион фармакотерапия асосий усуллардан бири ҳисобланади.

Айрим базис дори воситалари комбинацияси узоқ қутилган натижаларга қарамай, даво эффективлигини кўрсатмади, айримларидан эса аксинча ижобий кўрсаткичлар олинди. Шундай қилиб РА касаллигида комбинирланган базис даво таъсирини асосий муаммоси уни яна ўрганишда давом этиш ва такомиллаштиришдир. Лекин уларни узоқ вақт давомида қўллаш натижасида турли хил асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Мақсад: Ревматоид артрит давосида базис дори воситаларини комбинирланган холда қўллашда келиб чиққан ножўя таъсирларни баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 60 та АРА мезонлари ва ЕULAR мезонлари буйича ташхис қўйилган беморлар киритилган. Текширувдаги беморлар даволаш усули бўйича иккита гуруҳга ажратилди: комбинирланган базис терапия (метотрексат, сульфасалазин, плаквенил) (n=24) ва метотрексат билан олиб борилган монотерапия(n=36).

Самарадорликни аниқлашда тадқиқотда қўлланилаётган барча дори воситалар туфайли келиб чиққан ҳаёт учун хавфли ножўя таъсирлар эътиборга олинди. Бундай ножўя таъсирлар текширув давомида 10 та беморда кузатилди,

улардан 3таси, комбинирланган даво гуруҳига, 8 та бемор эса монотерапия гуруҳига мансуб. Биринчи гуруҳдаги 2 та беморнинг 1тасида 12 бармоқ ичак яра касаллиги ($n = 1$), 1 таси сульфасалазинга нисбатан юқори сезувчанлик, аллергия ҳолати кузатилди. МТ ли монотерапия гуруҳидаги беморларда лимфома ($n = 1$), меъда яраси ($n = 4$), пневмония ($n = 2$), гепатит ($n = 1$) кузатилди. Юқорида санаб ўтилган нохуш ҳолатларнинг барчаси (пневмония ва гепатитдан ташқари) биз олиб бораётган даво билан боғлиқ.

12 бармоқ ичак яраси аниқланган бемордан бошқа барча беморлар текширувдан чиқиб кетишди. 12 бармоқ ичак яраси аниқланган бемор 2 хафта давомида даволанди ва яра чандиқланишига олиб келинди.

Хулоса. Комбинирланган терапия ва монотерапияда кузатиладиган асоратларни аниқлаш учун олиб борилган қиёсий таҳлиллар комбинирланган гуруҳдаги беморларда ножўя таъсирлар кўпроқ учраши, лекин даво самараси юқори бўлишини кўрсатди. Шунинг учун, комбинирланган терапияни тавсия этишда кузатиладиган асоратларни олдини олиш учун беморлар анамнезини яхшироқ йиғиш керак ва асоратлар кузатилганда (аллергик реакциялар бундан мустақил) метотрексат миқдорини вақтинча пасайтириш керак (ҳафтасига 2.5-5 мг дан). Метотрексатни даво схемасига қайта киритганимизда, аввалги дозага нисбатан 2.5мг кам (лекин ҳафтада 7.5 мгдан кам бўлмаслиги керак) миқдорда қўлаш тавсия этилади.

2-TIP DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DIABETIK DISTAL POLINEVROPATIYANING RIVOJLANISHI VA KECHISHIDAGI B12 VA D VITAMINLARINING ROLI

Urunbayeva D.A., Murodova H.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbli. Qandli diabet kasalligida Distal polinevropatiya (DPN) ko'p uchraydigan asoratlaridan biri bo'lib, ko'p ilmiy adabiyotlarda bu haqida aytib o'tilgan. Qandli diabetga chalingan kexsa bemorlarda kasallik va o'limning asosiy sabablaridan biridir. Distal nosimmetrik polinevropatiya diabet kasalligi bilan og'rikan bemorlarning 50% dan ko'prog'ida va diabet kasalligi tashxisi qo'yilgan holatlarning 20 % aniqlangan. Amerika epidemiologik tadqiqotida 60-74 yoshdagi Distal polinevropatiya tarqalishi diabetga chalinganlar uchun 32-50%, glyukoza bardoshliligi buzilgan odamda 11% va normoglikemik shaxslar uchun 7.2% tashkil etgan. Distal polinevropatiyaning namoyon bo'lishi bir qator boshqa holatlar va kasalliklarda ham uchrab turadi. Shu jumladan QD bemorlar orasida B12 va D vitamini etishmovchiligini shunday holatlardan biri deb misol keltirishimiz mumkin.

Tadqiqot maqsadi: B12 vitamini va D vitamini etishmovchiligining 2-turli QD li bemorlarda diabetik distal polinevropatiyaning rivojlanishi va kechishiga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot uchun 2-tur diabetli 20 nafar bemor olindi. Hamma bemorlarning QD davomiyliги 3 yildan 5 yilgacha. Tekshiruvga og'ir darajali neyro- va angiopatiya bilan asoratlangan bemorlar kirgizilmadi. Hamma bemorlar qand pasaytiruvchi dori vositalari (Metformin, Diaglizid) qabul qiladi. Ular 2 guruhga ajratildi. I guruhga 2 tip diabetli distal polinevropatiya bilan asoratlangan 10 nafar bemor ajratib olindi. II guruhga 2 tip diabet bilan kasallangan hali distal polinevropatiya asorati rivojlanmagan 10 nafar bemorlar nazorat guruhi sifatida foydalanildi. Ikkala guruhdagi bemorlarda ham quyidagi tekshiruvlar o'tkazildi: Qonda glyukozani miqdori, glikirlangan gemoglobinni aniqlash, D vitamini, B12 vitamini aniqlash. Oyoqlarda DPN tashxislash maqsadida og'riqli, vibratsion, taktli va harorat sezgiriligini aniqlash va TSS so'rovnomasi o'tkazish.

Natijalar: Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki I guruhga kiruvchi bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $7,8 \pm 1,2$ mmol / l, ovqatdan 2 soat keyin $14,5 \pm 1,1$ mmol / l aniqlandi. Oyoqlarda sezuvchanlik pasayishi, oyoqlarning orqa va yon yuzalarida harorat pasayishi, vibratsiya sezgirliги - $4,3 \pm 0,4$ ballni tashkil qildi. TSS so'rovnomasi bo'yicha 8- 9 ballni tashkil qildi. Glikirlangan gemoglobin $7,8 \pm 1,2\%$. Qonda B12 va D vitamin yetishmochiligi 7 ta bemorda sezilarli darajada past ekanligi aniqlandi. II guruhga kiruvchi bemorlarda och qoringa qondagi glyukoza miqdori $6,9 \pm 0,5$ mmol / l, ovqatdan 2 soat keyin $13,4 \pm 0,9$ mmol / l, oyoqlar sezuvchanligi saqlangan, oyoqlarning orqa va yon yuzalarida harorat saqlangan, vibratsiya sezgirliги - $8,7 \pm 1,4$ ballni tashkil qildi. TSS so'rovnomasi bo'yicha 4-5 ballni tashkil qildi. Glikirlangan gemoglobin $7,5\%$. Qonda B12 va D vitamin yetishmochiligi 3 ta bemorda nisbatan past ekanligi, qolgan bemorlarda norma chegarasidaligi aniqlandi.

Xulosa: 2-tip diabet bilan og'rikan bemorlarda diabetik distal polinevropatiyaning rivojlanishi va kechishidagi B12 va D vitaminlarining roli muhim hisoblanadi. Diabetik polinevropatiyani erta bosqichlarida aniqlash va uni erta davolash uchun B12 va D vitaminlarining bazaviy skriningini qilishni tavsiya qilamiz.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Усманиев С.А., проф.Ташкенбаева У.А., д.м.н. Агзамова Г. С.

Ташкентская медицинская академия,

НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний МЗ РУз.

Целью исследования явилось: изучение особенностей профессиональных заболеваний кожи у работников промышленных предприятий.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 148 случая профессиональных заболеваний кожи, установленные в клинике НИИ СГПЗ МЗ РУз, Проведен анализ данных медицинских документов больных и динамического наблюдения за больными. Это работники: предприятий строительной индустрии (бетонщики, каменщики, формовщики, штукатуры-маляры, имеющие контакт с цементом, лакокрасочными материалами); металлообработывающей промышленности (слесари, токари, гальваники, фрезеровщики, имеющие контакт со смазочно-охлаждающей эмульсией и металлами; химических производств, предприятий электронной и электротехнической промышленности; медицинские работники; работники, занятые изготовлением пищевых продуктов, приготовлением и обработкой пищи. Средний стаж работы во вредных условиях труда составил $10,2 \pm 0,8$ года.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ показал, что в Республике Узбекистан регистрируемая заболеваемость профессиональными дерматозами составляла - 148 человек, что составило всего 3% от общей профессиональной заболеваемости. Из них на долю хронической экземы приходится - 54, аллергодерматита - 49, контактного

дерматита -27, медикаментозная аллергия -14, острой крапивницы -3 и токсикодермия - 1. Наибольший процент заболеваемости кожи профессионального генеза отмечается по Ташкенту и Ташкентской области 44,6 и 27,7% соответственно. В основном заболеваемость профессиональными заболеваниями кожи приходилась на долю мужчин 61,7 %, женщин - 39, 6 % соответственно.

Выводы. 1. Установлено, что ведущее место среди профессиональных заболеваний кожи занимают экзема – 36,5 %, аллергодерматозы – 33,1%, контактные дерматиты 18,2%, медикаментозные аллергии – 9,46%, хроническая крапивница – 3%, токсикодермия – 0,7%, которые диагностировались у работников предприятий Республики Узбекистан.

2. Для раннего выявления заболеваний кожи работники при поступлении на работу и работающие в условиях воздействия раздражающих и сенсибилизирующих веществ в обязательном порядке должны проходить предварительный и периодические медицинские осмотры, согласно приказа МЗ РУз №200 от 10 июля 2012 г. своевременно и качественно.

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ СПОРТСМЕНОВ-ГРЕБЦОВ С УЧЁТОМ СВОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Усмоналиева Н.Ш., Мавлянов И.Р.

*Республиканский научно-практический центр
спортивной медицины при НОК Узбекистана, Ташкент*

Актуальность. Известно, что успешное выступление и результативность на соревнованиях зависит не только от высокого потенциала физических данных, но и от психологической подготовленности спортсменов.

Цель работы: оценить взаимосвязь психофизиологических качеств с вегетативной нервной системой спортсменов-гребцов сборной команды Узбекистана.

Материал и методы: В исследованиях приняли участие 75 спортсменов по академической гребле и гребле на байдарках и каноэ в возрасте 18-34 лет. Психодиагностика проводилась с помощью опросника Реана, методики в модификации Р.С. Немова, анкеты Ю.Н. Чернова. Психофизиологический статус изучен с помощью "НС-Психотест". По методике "Красно-чёрные таблицы Шульце-Платонова" изучены объём, переключаемость и распределение внимания. По "Теплинг-тесту" изучены свойства нервной системы по психомоторным показателям и диагностики силы нервных процессов. Подсчет результатов в баллах определял преобладание тонуса симпатической вегетативной нервной системы - симпатикотонию, парасимпатической – ваготонию и смешанного тонуса.

Результаты: у 60 % спортсменов установлена симпатикотония, у 10% ваготония и у 30 % смешанный тонус вегетативной нервной системы. По опроснику Реана выявлена мотивация на успех у 85 % гребцов, у 15 % мотивация ярко не выражена. По данным методики определения силы воли Р.С.Немова 65 % спортсменов сумма баллов тестирования составила 15-25, указывающая на достаточную твердость характера и воли спортсменов, а поступки реалистичными и взвешенными. У 20% спортсменов общая сумма баллов составила 26-38 баллов, т.е. характер и их воля очень твердые, а поведение достаточно ответственное. 15% составили спортсмены со слабой волей. У спортсменов с ваготонией выявлены объём, распределение и переключаемость внимания ниже среднего. Следовательно, спортсмены обладают пониженным уровнем развития внимания, обусловленным подвижностью нервных процессов и нормальным уровнем развития свойств внимания, определяемых силой и уравновешенностью нервных процессов. У остальных 94% гребцов уровень развития свойств внимания оказался средним. При определении силы нервных процессов у 36% гребцов нервная система выявлена, как сильная, у 40% спортсменов - средней силы; у 24% - слабой и средней. При слабой нервной системе утомление вследствие психического или физического напряжения возникает быстрее, чем при сильной.

Вывод: изученные особенности психофизиологического статуса спортсмена необходимо учитывать при разработке индивидуальных тренировочных программ

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОТЯГОЩЕННОГО АНАМНЕЗА НА РАЗВИТИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Файзиева У.Р. , Каримджанов И.А

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Пневмония является одной из самых актуальных проблем современной педиатрии и состоит из целого ряда анамнестических, клинических, фармакологических и социальных аспектов. Парадокс пневмонии состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности антибактериальной терапии, а с другой стороны, происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и возрастает смертность детей от осложнений пневмонии.

Цель работы. Изучить влияние наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям, течения беременности и родов матери, фоновых заболеваний детей на развитие пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследований. Исследования проводилась в областном детском многопрофильном медицинском центре г.Термеза, с января по декабрь месяцы 2019 года в отделении патологии детей раннего возраста. Всего обследовано - 45 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Группой сравнения были 25 здоровых детей. Диагноз пневмонии устанавливался на основании жалоб больных, анамнеза жизни и заболевания, лабораторных данных и рентгенографии грудной клетки в соответствии с Международной классификацией болезней МКБ -10.

Результаты исследований. Проведенные исследования показали, что у 28(62%) обследованных больных детей в анамнезе отмечались аллергические заболевания у матери. Из числа этих детей у 14(31%) выявлены фоновые заболевания рахит 1 степени и экссудативно-катаральный диатез. У 16(35,5%) детей установлен неблагоприятный преморбидный фон: из них у 6 (13%), детей наблюдались внутриутробные инфекции, у 26(57,7%) - неблагоприятные влияния воздуха (пыльность, сухость). Хронические обструктивные болезни легких со стороны отца выявлены у 6(13,3%) больных, у 2(4,4%) детей со стороны у матери наблюдалась бронхиальная астма. Течение заболевания

у всех больных детей с неблагоприятным фоном было тяжелым. Тяжесть течения заболевания обуславливалась выраженной интоксикацией, вялостью и беспокойством высокой температурой тела до 38°C, одышкой, кашлем. У 13(28,8%), бледность кожных покровов, умеренный цианоз носогубного треугольника, у 7(15,5%) больных отмечалось учащение дыхания с втяжением межреберных промежутков и набуханием крыльев носа. Из физикальных данных важным диагностическим признаком пневмонии являлись стойкие локальные мелкопузырчатые хрипы и крепитация на фоне жесткого дыхания. Рентгенологически в легких выявлялись гомогенные инфильтративные тени, в виде очагов различной величины, что было характерно для типичной пневмонии. В крови у 18(72%) больных детей выявлено у 6(13%) - гипохромная анемия, у 35(78%) детей - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, эозинофилия - свыше 8% были у 14(31%) детей, ускорение СОЭ у 4(8,9%) больных детей.

Заключение: Таким образом, у детей с неблагоприятным семейным анамнезом по развитию бронхо-легочных заболеваний, высокой частотой аллергических заболеваний у родителей, отклонениями в течении беременности и родов у матери, неблагоприятными влияниями атмосферы, фоновыми заболеваниями у детей острая пневмония протекает тяжело. Это необходимо учитывать для своевременной диагностики осложненного течения пневмонии на первичном звене здравоохранения.

МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ КУРКУМИНА И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ НЕЙРОВосПалИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хайдаров Ф.Г., Азизова Ф.Л.

*Бухарский Государственный медицинский институт,
Ташкентская медицинская академия*

В большинстве случаев неблагоприятные последствия травматических повреждений головного мозга связаны с патологическими нарушениями функций гематоэнцефалического барьера, зачастую характеризующимися нейровоспалительными реакциями, повреждением нейронов, определяющих тяжесть исхода от полученной травмы. В случаях, где имеется высокий риск сложных повреждений всех центров головного мозга, одним из перспективных методов лечения является применение куркумина и его производных, которые благоприятно воздействуют на деятельность нервных клеток.

Куркумин (диферулоилметан), желтый имбирь, извлекаемый из корневища *Curcuma longa* обладает противовоспалительным, антиоксидантным и противомикробным свойствами, а также имеет высокую противоопухольную активность. Производные куркумина хорошо абсорбируются и обладают биологической активностью.

При наиболее часто распространенных случаях черепно-мозговых травм нарушается нейровоспалительный каскад, который способствует значительному повреждению нейронов и характеризуется нарушениями двигательного центра. Так, для изучения терапевтических свойств куркумина, а также ее производных был проведен ряд экспериментальных исследований, подтверждающих защитные его свойства при нейродегенеративных заболеваниях. При искусственном воссоздании в условиях эксперимента повреждений головного мозга посредством воздействия с высоты определенного веса на животных, в результате чего происходит выраженное ослабление функциональных реакций, отек мозга и высвобождение цитокинов. В организм экспериментальных животных внутрибрюшинно вводился куркумин с различными концентрациями (например: 20 мг/кг). Наблюдения показали, что после 24 часов нанесения травмы и после введения куркумина уменьшается количество микроглии/макрофагов, а также высвобождаются медиаторы воспаления и развивается апоптоз нейронов, способствующих восстановлению двигательной активности и снижению воспалительных процессов. Данное улучшение основано на снижении острой активации микроглии/макрофагов и апоптоза нейронов посредством включения механизма восстановления сигнальных путей в микроглии/макрофагах. Куркумин положительно влияет на синаптическую пластичность, которая определяет дальнейшую поведенческую характеристику экспериментальных животных, нормализует нейрональную передачу сигналов через синапсы. При введении куркумина обеспечивается защита от аномальных белков вырабатываемых в нейронах и аксонах, нейронального апоптоза, предупреждение острых воспалительных повреждений.

Кроме того, наряду с нарушениями движения при черепно-мозговых травмах развивается отек мозга, который является причиной повышенной внутричерепной гипертензии и плохого клинического исхода. Для снижения отека мозга также рекомендуется использование куркумина, в частности предварительная обработка куркумином (75, 150 мг/кг) приводит к ослаблению контузионной острой экспрессии интерлейкина, провоспалительного цитокина, усилению экспрессии антиоксидантных ферментов. В результате предварительной обработки куркумином снизилось содержание жидкости в головном мозге, что привело у удовлетворительному неврологическому исходу.

В настоящее время терапевтические методы с применением препарата куркумина широко распространено при лечении травм головного мозга с различной этиологией. Куркумин оказывает положительное действие при поведенческих и когнитивных нарушениях, способствует нормализации коэффициента массы головного мозга, а также прооксидантно-антиоксидантного баланса в центральной нервной системе. К тому же куркумин является противоокислительным активным акцептором кислорода, в терапевтических целях используются его свойства, связанные с противоопухольной и противовоспалительной активности. Доказано, что куркумин ослабляет митохондриальную дисфункцию, стабилизирует клеточную мембрану, стимулирует пролиферацию и уменьшает последствия повреждений спинного мозга.

Следовательно, согласно вышеперечисленным результатам научных, клинических и экспериментальных исследований куркумин рекомендуется применять в целях комплексной терапии посттравматического критического состояния, снижающий выраженность повреждений головного мозга, улучшающий процессы восстановления функций мозга в послеоперационном периоде при заболеваниях центральной нервной системы, в т.ч. черепно-мозговой травме.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ШАХСЛАРДА I ВА II ТИПДАГИ ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Хайматов А.А., Абидов А.Б.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Сўнги йилларда Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси билан зарарланган шахслар динамикада ортиб бормоқда, агар 2018 йилнинг 1 январ ҳолатига 37872 нафар (100 минг аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткич-115,8) шахс ушбу инфекция билан яшаган бўлса, 2019 йилнинг 1 январ ҳолатига 40376 нафар (100 минг аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткич-122,0) шахс ОИВ инфекцияси билан яшаётганлиги маълум бўлди. ОИВ инфекцияси билан яшовчи шахсларда эркаклар сони 22310 (55,3%) нафар бўлса, 18066 (44,7%) нафарини аёллар ташкил этди.

Тадқиқот мақсади: ОИВ билан зарарланган шахсларда I ва II типдаги герпетик инфекцияларни кечиш хусусиятларини ретроспектив ўрганиш.

Материал ва усуллар: Республика ОИТСга қарши курашиш маркази қошидаги махсулаштирилган шифохонасида даволанган 50 нафар герпетик инфекцияларга шубҳа қилинган ОИВ билан зарарланган беморлар касаллик тарихи ўрганиб чиқилди. Ўрганишлар давомида I ва II тип герпетик инфекцияларни ОИВ инфекцияси бор бўлган шахсларда ўзига хос клиник кечиши анализ қилинди ва касаллик учраш даражаси ҳамда антиретровирус терапияга боғлиқлиги ўрганиб чиқилди.

Натижалар: йўлланмадаги ташхиси ОИВ инфекцияси, герпетик инфекцияси бўлган 50 нафар бемордан 13 нафариди (26%) герпетик инфекцияларни (I ва II тип) генераллашган формаси (HSV-1- positive; HSV-2-positive) аниқланганлиги, 26 (52%) нафариди I тип герпетик инфекцияси (HSV-1 – positive) ва қолган 11 нафар беморда (22%) ПЗР текширувида HSV-1 ва HSV-2 манфий натижа берганлигини кўрсатди. Герпетик инфекцияларнинг генераллашган шакли аниқланган беморлар анамнезидан антиретровирус терапия препаратларини қабул қилмайдиган беморлар эканлиги аниқланди.

Хулоса: ОИВ инфекцияси билан зарарланган шахсларда герпетик инфекциялар билан зарарланиш даражаси юқорилиги аниқланди, шу сабабли антиретровирус терапия қабул қилиш беморлар учун оппортунистик инфекциялар билан зарарланиш даражасини камайтиради.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА БОЛЬНЫХ С РЕАКТИВНОМ АРТРИТОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Халметова Ф.И., Буранова С.Н.

Ташкентская медицинская академия

Реактивный артрит (РеА) является одним из наиболее часто встречающихся среди хронических воспалительных заболеваний суставов. За последние 20 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости реактивным артритом более чем в 2 раза. Пациенты которые страдают реактивным артритом составляют около 15% больных ревматологических стационаров, при всем этом, хроническая форма заболевания грозит развитием тяжелой функциональной недостаточности суставов и возникновением тяжелых осложнений, что приводит к инвалидизации около 51% пациентов из них.

Цель исследования – оценить характер суставного синдрома у больных с реактивным артритом.

Материалы и методы. Материалом исследования были истории болезни больных 3-клинической городской больницы, госпитализированные по поводу реактивного артрита в течении 2014-2019гг. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных 500 больных. Все обследованные больные были разделены на две группы. Первую группу (I) составили 311 (62,2%) больных мужского пола и вторую группа (II) – 189 (37,8%) больных женского пола. Средний возраст составил 36,76±2,37 года.

Результаты. В результате экспертного анализа историй болезни было выявлено наиболее длительное существование РеА – 3 и более лет у 279 больных (56%), 1-2 года у 153 больных (31%) и до года у 68 больных (13%), что характеризует необходимость в стационарном лечении больных с более длительном существованием РеА в анамнезе.

Артралгия – в I группе наблюдалось у 147 больных (47,2%), во II группе у 73 больных (38,6%). Припухлость суставов наблюдалась в первой и во второй группе у больных с артралгией 252 (81,1%) и 103 (54,5%) соответственно. Количество лиц со деформацией суставов было больше в 3 раза чем с деформацией суставов.

С ограничением движений больных составило в первой группе 178 (57,2%) и во второй группе 67 (35,4%), утренняя скованность наблюдалась чаще в первой группе – 184 больных (59,1%) со спондилоартритом. Среди больных I и II группы поражение крупных суставов, наблюдалась наиболее чаще в I группе больные с урогенитальной формой реактивного артрита. Поражение преимущественно суставов нижних конечностей более часто наблюдалось у больных с длительностью заболевания 3 и более лет. Спондилоартриты и поражение крестцово-подвздошных сочленений было выявлено у 208 больных (66,8%) I группе, и у 98 больных (51,8%) во II группе.

Урогенитальную форму реактивного артрита констатировали у 228 (73,4%) больных в I группе и у 132 (69,3%) больных II группы, у которых развитие или обострение артрита происходило после возникновения дизурических симптомов. Постэнтероколитическая форма наблюдалась чаще в II группе у 52 (27,5%) больных, у которых развитие или обострение клинической картины энтероколита диагностированного на основании критериев синдрома раздраженного кишечника. Наряду с поражением суставов, у больных РеА отмечалось вовлечение в воспалительный процесс мест прикрепления сухожилий, связок и суставных капсул к кости –энтезитов, наиболее частыми из которых были ахиллобурсит и подпяточный бурсит.

Выводы. Таким образом реактивный артрит наиболее часто наблюдался у больных мужского пола. При диагностике реактивного артрита необходимо обращать внимание на длительность заболевания и поражение суставов, так как эти данные влияют на дальнейшую тактику и развитие ранних осложнений реактивных артритов.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗАМИ

Халмухамедов Б.Т., Нуриллаева Н.М., Агзамова Г.С.

Ташкентская медицинская академия,
НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний МЗРУз

Цель: оценить информативность отдельных электрокардиографических показателей для ранней диагностики осложнений со стороны сердечно-сосудистой патологии (ССП) у больных с пневмокониозами.

Материалы и методы: Нами были обследованы 73 больных пневмокониозами в клинике профессиональных заболеваний НИИ СГПЗ МЗ РУз. По профессии это проходчики, работавшие в условиях воздействия кремнийсодержащей пыли в подземных условиях. По возрасту преобладали лица возраста 33-50 лет, стаж работы до 10 лет у 13 чел., до 20 лет 32 чел, свыше 20 лет - 28 чел. Основные группы 16 (21,9%) с силикозом I ст, 6 (8,2%) с силикозом I-II ст, 29 (39,7%) силикоз II ст, 1 человек с силикозом III ст, 18 чел (24,7%) пневмокониоз электросварщика, 3 с силикотуберкулезом. Электрокардиографическое обследование (ЭКГ) произведено на аппарате - шестиканальном электрокардиографе VERO 4 (Германия) и трехканальном кардиографе АКЦИОН (Россия). Запись велась в 12 общепринятых отведениях при скорости 25 мм/ч.

Результаты исследования: Выявлено, у 10 чел (13,7%) на ЭКГ не отмечено изменений, синусовая тахикардия наблюдалась у 17 больных (23,3%), синусовая брадикардия у 9 больных (12,3%), синусовая аритмия у 3 больных (4,1%), экстрасистолия у 2х (2,7%), метаболические изменения у 23 больных (31,5%), дистрофические изменения миокарда у 9 больных (12,3%) гипоксия миокарда у 10 больных (13,7%) гипертрофия левого желудочка у 8 больных (11,0%) и нарушение проводимости миокарда (2,7%). Наиболее выраженные изменения сердечно-сосудистой системы наблюдались у больных с силикозом с дыхательной недостаточностью II-III ст. Эти сдвиги могут характеризоваться постепенным развитием стойкой гипертонии малого круга и хронического легочного сердца с прогрессированием легочного процесса. Быстрому развитию легочной и сердечной недостаточности, даже при слабовыраженном пневмофиброзе (силикоз I стадии), способствует осложнение процесса.

Выводы: 1. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных силикозом характеризуется нарушением ритма высоких степеней градаций и признаками повышенной гемодинамической нагрузки. 2. Информативными диагностическими показателями раннего выявления ССП являются признаки гипертрофии стенок желудочков.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Хидирова Н.Х.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: Провести сравнительный анализ выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) и у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных в стационар с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST.

Материал и методы: Проведено обследование 60 больных с ОИМ в возрасте от 60 до 74 лет. Больные разделены на 2 равные группы 1- с СД2, мужчин (М) - 13, женщин (Ж) - 17, средняя продолжительность заболевания СД 2 составила 9 лет; 2- имеющие нормальный УО, М-16, Ж-14. На фоне проводимой терапии перед выпиской пациентам были проведены: тест с шестиминутной ходьбой, трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ). Изучаемые параметры включали: наличие ОИМ с подъемом сегмента ST, СД2, фракцию выброса (ФВ) левого желудочка, функциональный класс (ФК) недостаточности кровообращения по классификации NYHA. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOfficeCalc.

Результаты: В 1-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 301-425м (II ФК ХСН по NYHA) прошли 16 (53,3%) пациентов, расстояние 151-300м (III ФК ХСН по NYHA) - 14 (46,7%) пациентов. Во 2-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 426-550м (I ФК ХСН по NYHA) прошли 2 (6,7%) пациента, расстояние 301-425м (II ФК ХСН по NYHA) - 20 (66,7%) пациентов, расстояние 151-300м (III ФК ХСН по NYHA) - 8 (26,7%) пациентов. На основании трансторакальной ЭХО-КГ у больных 1 группы ФВ составила в среднем 39,9±5,8%, во 2-й группе - 48,5±6,4, t=2,67, p<0,01.

Заключение: Выраженность хронической сердечной недостаточности у больных ОИМ с подъемом сегмента ST, на фоне проводимой терапии перед выпиской, зависела от наличия нарушения УО. В группе больных СД2 III ФК ХСН по NYHA встречался в 46,7% случаев, что значимо чаще по сравнению с группой пациентов с нормальным УО - 26,7%. По данным трансторакальной ЭХО-КГ у больных с СД2 фракция выброса ЛЖ составила 39,9±5,8%, что достоверно ниже по сравнению с группой пациентов имеющих нормальный УО - 48,5±6,4.

KOGNITIV O'ZGARISHLAR BILAN KECHUVCHI VAHIMA HURUJLARIGA ANTIDEPRESSANT VA TRANKVILIZATORLAR TA'SIRINI QIYOSLASH

Xikmatullaeva Sh.Sh., Xaydarov N.K., Raimova M.M.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Kirish. Vahima hujumi turli mutaxassislar tomonidan o'rganiladi. Organizmning fiziologik jarayonlari insonning ruhiy holati va atrof-muhit omillari bilan barchasi birgalikda yoki alohida-alohida kuzatilishi mumkin. Tadqiqotchilar uchun vahima hujumi bor bemorlarda neyrofiziologik jarayonlarni rivojlanishi va kechishi muayyan qiziqish uyg'otadi, chunki bu holat kognitiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradi yoki yonma yon kechadi. Iznalanishlar natijasida kognitiv o'zgarishlar organizmda bir qator a'zolar tizimini faoliyatini biologik buzilishiga sabab bolishi aniqlangan. Vahima hurujlari va depressiya bilan kechuvchi kognitiv o'zgarishlar organizmning ruhiy qo'zg'alish davrida bosqichma-bosqich namoyon bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi - kognitiv o'zgarishlar bilan kechuvchi vahima hurujlari bor bemorlarda antidepressant va trankvilizator preparatlarini ta'sirini qiyoslash.

Tadqiqot materiallari va metodlari. Tadqiqot uchun 25 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan 32 ta bemor olindi. Hamma bemorlar standart bo'yicha tekshiruvlardan o'tqazildi. Kasallik tarixi o'rganildi, klinik laborator tekshiruvlar o'tqazilib kognitiv o'zgarishlarni bilan kechuvchi vahima hurujlari keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni topishga harakat qilindi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni organib antidepressant va trankvilizator preparatlari bemorlarga individual tadbiiq qilind. Bemorlar 16 ta kishidan iborat birinchi va ikkinchi guruhlariga ajratildi. Birinchi guruh bemorlariga antidepressant preparatlari, ikkinchi guruh bemorlariga trankvilizator preparatlari qo'llanildi.

Tadqiqot natijasi. Birinchi guruh bemorlariga paroksetin, ikkinchi guruh bemorlariga fenazepam preparatlari qo'llanildi. Birinchi guruh bemorlarida paroksetin preparatini chorak (1/4) tabletka formada, ikkinchi guruh bemorlariga fenazepam preparati chorak (1/4) tabletka formasida berildi. Birinchi guruh bemorlarida bosh aylanishi, kongil aynishi kuzatildi, ikkinchi guruh bemorlarida uyquchanlik, holsizlik, diqqat buzilishining kuchayishi, tashqi omillarga ruhiy reaksiyaning pasayishi kuzatildi.

	Birinchi guruh	Ikkinchi guruh
Bosh aylanishi	18%	12%
Kongil aynishi	12%	6%
Kunduzgi uyquchanlik	6%	18%
Holsizlik	6%	25%
Mushaklar boshashishi	12%	6%
Diqqatning buzilishi	6%	32%
Qisqa vaqtli hotira pasayishi	0%	25%
Tashqi muhit omillariga	0%	18%
Orta statistic ko'rsatkich	7,5%	17,7%

Tadqiqotlar natijasida antidepressant preparatlari qo'llanilgan birinchi guruh bemorlarida, trankvilizator preparatlari qo'llanilgan ikkinchi guruh bemorlariga nisbatan ko'proq (10%) ijobiy natija olindi.

Hulosa: Tadqiqotdan hulosa qilishimiz mumkinki kognitiv o'zgarishlari bor vahima huruji bilan og'rigan bemorlarga antidepressant preparatlari nojo'ya ta'siri trankvilizator preparatlariga qaraganda kamligini inobatga olib uzoq muddatgacham qo'llanilishi mumkin. Trankvilizator preparatlarini kasallikning boshng'ich davrida foydalanilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

ЗНАЧЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ходжанова Ш.И., Утемуратов Б.Б.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается нарастающая тенденция к увеличению интереса к оценке функциональной активности тромбоцитов в связи с их ключевой ролью в атеротромбозе и прогрессивно расширяющимся использованием дезагрегантов в профилактике сосудистых катастроф. Ацетилсалициловая кислота (АСК) одно из наиболее широко при меняемых лекарственных средств в мире который по своим характеристикам соответствует основным требованиям, предъявляемым к антиагрегантным препаратам, используемым для лечения и предотвращения острых проявлений атеротромбоза, отдаленных ишемических последствий атеросклероза и связанных с ними смертельных исходов. Однако в последнее время все чаще появляются работы, где показано, что у 15—30% пациентов развивается резистентность к аспирину, особенно у пациентов длительно его принимающих в низких дозах. У таких больных сохраняется повышенная активность тромбоцитов, несмотря на проводимую антиагрегантную терапию, что связано с риском повторных сердечно-сосудистых событий. И такие больные, по всей видимости, имеют более плохой прогноз, чем пациенты с ясным, АСК-зависимым ингибированием функции тромбоцитов. Указанный факт свидетельствуют о необходимости мониторинга индивидуальной чувствительности пациентов к аспирину у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) для своевременной коррекции антиагрегантной терапии.

Цель исследования. Оценка агрегационной активности тромбоцитов у больных ишемической болезнью сердца и определения факторов риска развития резистентности к АСК.

Материал и методы. В исследование было включено 61 больных со стабильными формами ИБС (со стабильной стенокардией напряжения (ССН) ФК II 52 (85,2%) человек, ФК III — 9 (14,7%). Средний возраст составил 68,4 ± 9,3 года. Количество пациентов с сопутствующей постинфарктным кардиосклерозом 32 (52,4%), гипертонической болезнью (ГБ) составило 48 (78,6%), хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) 11 (18%), сахарным диабетом (СД) 31 (50,8%). Больные со ССН были разделены на 4 группы по давности приема АСК. 1 группу составили больные не получавшие аспирин, вторую группу составили больные, принимающие аспирин до 1 года, третью группу составили больные, принимающие аспирин от 1 года до 5 лет и четвертую группу входили больные принимающие аспирин свыше 5 лет. А также по результатам определения резистентности к аспирину больные были разделены на 2 группы по наличию аспиринорезистентности. Продолжительность наблюдения составила 12 месяцев. Степень спонтанной и АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов исследовали на двухканальном лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов LA230 «Биола». Метод основан на анализе флюктуаций светопропускания плазмы обогащенной тромбоцитами с конечными концентрациями 0,1; 1,0 и 5,0 мкг/мл индуктора аденозиндифосфата (АДФ) и с последующим компьютерной обработкой по программе AGGR. Нормальные пределы активности агрегационного процесса тромбоцитов с добавлением 5,0 мкмоль АДФ составляют 25-72%. В качестве критерия резистентности использован уровень агрегации тромбо-

цитов с 5,0 мкмоль АДФ $\geq 72\%$. Статистическую обработку результатов исследования проведен с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Средние показатели степени агрегации в 1 группе составило 48,2%, во 2 группе 33,2%, в 3 группе 42,2% и в 4 группе 58,8%. По результатам исследования агрегационной активности тромбоцитов было выявлено 10 (16,4% и средней степень агрегации тромбоцитов с 5,0 мкмоль АДФ составил 82,1%) пациентов с отсутствием реакции на прием аспирина, причем подавляющее большинство резистентных больных – 8 из 10, оказались в 4 группе. В связи с этим более подробно была проанализирована именно эта группа больных. Неадекватный ответ на прием аспирина достоверно часто наблюдался у женщин и у пожилых (70% и 80%). В группе резистентных к аспирину было больше больных страдающих мультифокальным атеросклерозом, артериальной гипертензией, однако эти различия не достигали достоверности. Резистентными к аспирину достоверно чаще были больные с сахарным диабетом (СД) (соответственно у 7 из 10) чем больные с нормальным ответом тромбоцитов на прием АСК ($p < 0,05$), а также больные с ожирением (соответственно у 6 из 10) ($p < 0,05$). При этом по клиническим проявлениям артериальной гипертонии, ХСН и ССН (головная боль, боли в области сердца за грудиной, одышка, слабость, утомляемость) статистически значимых различий между группами выявлено не было. При анализе результатов рутинных лабораторных исследований у больных с аспиринорезистентностью наблюдалась тенденция к более высокому уровню холестерина и глюкозы.

Заключение. Таким образом, высокие показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов наблюдалась у $\frac{1}{4}$ больных принимающие аспирин свыше 5 лет с ишемической болезнью сердца. Учитывая взаимосвязь сахарного диабета и ожирение с аспиринорезистентностью, необходимо для контроля антитромботической терапии у данной категории больных проводить исследование данного показателя агрегатограммы с целью определения адекватности медикаментозной коррекции.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ И ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ В ПЛОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Ходоровская А.А.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Быстрый прогресс в области перинатальной медицины, увеличение числа различных вмешательств на органах дыхательной системы у новорожденных привел к усилению изучения закономерностей органогенеза дыхательной системы. Нами было изучено 24 серии зародышей с теменно-копчиковой длиной (ТДК) от 14,2 и 30,0 мм закладки легких. Результаты показали, что зачаток легких имеет вытянутую форму, а нижний полюс органа у плодов длиной 16,5 мм ТДК значительно расширен, особенно в правом легком, что можно рассматривать как начало формирования диафрагмальной поверхности органов. Продольный размер правого легкого равен 1716 мкм (ТДК - 14,5 мм) и 1870 мкм (ТДК - 16,5 мм), левого, соответственно, 1342 мкм и 1584 мкм, и поперечные размеры легких: правой – 784 мкм, левой - 726 мкм и 836 мкм и 814 мкм. Средняя доля правого легкого значительно увеличивается и у плодов ТДК длиной 16,5 мм ее вертикальный размер достигает 352 мкм, поперечный - 308 мкм, что почти соответствует размерам верхней части легких (385 и 440 мкм). Наибольшими остаются нижние доли легких, а в бронхиальном дереве можно выделить ветви 1, 2 и 3-го порядка. Длина правого главного бронха у плода ТДК 14,5 мм - 352 мкм, левого - 418 мкм, у плода ТДК 16,5 мм - соответственно 374 и 440 мкм. Диаметр бронхов в области вхождения в ворота легких достигает 176 мкм - правого легкого и 154 мкм - левого легкого, толщина стенки не превышает 56 мкм. Диаметр долевых бронхов равен 102 ± 14 мкм и ветвей - 68 ± 2 мкм. На этих стадиях развития легких особенно у плодов ТДК 16,5 мм различимы кровеносные сосуды, следующие по ходу бронхов и их разветвлений. Стенка кровеносных внутриорганных сосудов еще полностью не сформирована, она только представлена эндотелием, хорошо выраженным в более крупных стволах (20 мкм в диаметре) и плохо обнаруженным в более меньших ветвях. Расстояние между сосудами и бронхами колеблется от 24 до 30 мкм. В этом периоде уже устанавливается связь между внутри - и внеорганными сосудами, в ворота каждого легкого входит легочная артерия, которая отдает долевые ветви. Диаметр правой легочной артерии равен 44, левой - 42 мкм, просвет артерий очень узкий и не превышает 12 мкм, стенка их еще не полностью сформирована и представлена эндотелием и слоем клеток мезенхимы, расположенных в несколько рядов. Стенка легочных вен развита еще меньше, чем в соответствующих артериях, и представлена только эндотелием. Можно сделать вывод, что в начале плодового периода онтогенеза человека у плодов ТДК 14,5 мм - наблюдаются интенсивные процессы органогенеза легких, а у плодов ТДК 16,5 мм - формирование кровеносных сосудов легких происходит как бы в двух взаимно противоположных направлениях: с одной стороны в закладки легких вступают сосуды извне – это легочные и бронхиальные, с другой стороны, они развиваются из мезенхимы, окружающей зачатки бронхиальной системы.

ВЛИЯНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хожиева У.Х., Саттарова Д.Б., Высогорцева О.Н.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Актуальность проблемы сосудистых заболеваний головного мозга обусловлена их большой распространенностью, высокой летальностью, инвалидизацией, длительными сроками нетрудоспособности лиц, перенесших инсульт. Качество жизни больных с постинсультным неврологическим дефицитом часто катастрофично, трудоспособны только 20-25% из них, большинство нуждаются в посторонней помощи, а 17% полностью зависят от нее (Е.В.Шмидт, 2017). Физические ограничения осложняют жизнь не только самому пациенту, но и его родным, в связи с чем актуальным остается вопрос восстановления мелкой моторики и самообслуживания у данного контингента больных.

Цель исследования. Оценить динамику восстановления двигательных расстройств у пациентов, перенесших инсульт, а также оценить результаты социальной адаптации у пациентов после проведения курса эрготерапии.

Материалы и методы исследования. В настоящую работу вошли результаты 3-х месячного наблюдения за пациентами, проходившими курс реабилитационного лечения. Общее количество пациентов прошедших курс эрготерапии составило 28 человек, среди которых мужчин было 18 (ишемический 12, геморрагический 6), женщин 10 (ишемический 6, геморрагический 4). Средний возраст обследованных составил $56,32 \pm 5,19$ лет. Эрготерапию проходили пациенты с постинсультным гемипарезом.

В работе использовались переплетные тренажеры, комплексы с закручиванием, откручиванием гаек и болтов, стенды с закрепленными на них наборами бытовых приборов, водопроводные краны, замки с ключами, выключатели, дверные ручки.

С целью оценки медицинской реабилитации применялись шкала «Мера Функциональной Независимости» «Functional Independence Measure» (FIM), «Тест на выявление нарушений двигательных функций руки», «Action Research Arm Test» ARAT. Длительность занятий составляла 15-20 мин с перерывом 5-10 мин. В некоторых случаях процедуры носили облегченный характер. Для повышения выносливости мышц пораженной кисти занятие проводилось с частым повторением движений слабой интенсивности. Продолжительность постепенно увеличивалась до 40 мин с перерывом 15 мин. Для достижения быстрых результатов эрготерапию сочетали с лечением положением, массажем и ЛФК.

Шкала функциональной независимости FIM состоит из 18 пунктов, при этом состояние двигательных функций отражают пункты с 1 по 13, остальные для оценки состояния интеллектуальных нарушений. Оценка происходит по семи-бальной шкале. Согласно шкалы FIM, суммарная оценка может быть от 18 до 126 баллов. Независимости пациента от окружающих в повседневной жизни свидетельствует низкая суммарная оценка. Для оценки двигательных нарушений, а также мелкой моторики применялась тестовая система ARAT. Данный тест позволяет дать оценку способности пациента работать руками с предметами, различными по форме, размеру, весу, а также может быть использован в качестве тренажера для совершенствования мелкой моторики пораженной конечности. Тест оценивается по 4х-бальной шкале. Общий балл ARAT колеблется 0-57. Занятия проходили длительностью от 10 до 30 минут.

Результаты. Согласно оценке шкалы FIM, после курса эрготерапии у пациентов улучшилась активность в повседневной жизни на 16,8 %, пациенты стали более независимы и самостоятельны от окружающих. Стали лучше одеваться, принимать ванну, что отразилось в увеличении данных показателей на 39,6% от исходного состояния. Такие процессы самообслуживания, как прием пищи и соблюдение личной гигиены также улучшились на 49,7%. При анализе результатов ARAT-теста была выявлена тенденция к улучшению мелкой и крупной моторики рук. Большинство пациентов с ограниченными и частично ограниченными движениями полностью восстановили возможность пользования мелкой и крупной моторикой. Оставшиеся пациенты со слабыми минимальными движениями перешли на порядок выше исходного с возможностью активного применения крупной моторики и частичного применения мелкой. Общий средний балл мышечной силы до лечения составил $17,35 \pm 2,26$, а после $28,27 \pm 2,43$, при этом процент динамики составил 55,5%. Применение эрготерапии показало эффективность в реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, что позволило увеличить объем движений в паретической конечности в 2 раза по результатам оценочных шкал.

Выводы. Таким образом, включение эрготерапии в курс реабилитации лиц, перенесших ОНМК, с двигательными нарушениями в конечностях, уменьшает их функциональные нарушения за счет увеличения объема движений и предоставляет им возможность быть более независимыми, тем самым сокращаются сроки социальной и физической адаптации.

TIZIMLI SKLERODERMIYADA SUYAK MINERAL ZICHLIGIGA BAHO BERISH

Xudoynazarov A.A., Sultonova M.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasit

Kirish: Tizimli sklerodermiya (TSD) - buteri, oshqozon-ichak trakti, o'pka va buyrak kabi ichki organlarning vaskul opatiyasi, immunitetning faollashishi va progressiv fibrozis bilan tavsiflanadigan biriktiruvchi to'qima kasalligidir. Adabiyotlarda TSD va osteoporoz (OP) o'rtasidagi bog'liqlik haqida malumotlar deyarli yuq. OP - bu suyak massasi, kuchi va mikroarxitekturasi tizimli-buzilishi bilan tavsiflanadigan holat, bu mo'rtlik sinish moyilligini oshiradi. TSD bemorlarda OP ning aksariyat havf omillari aniqlanadi, lekin ulardagi suyak mineral zichligi holatiga baho berilmaydi.

Maqsad: Tizimli sklerodermiyada suyak zichligiga baho berish

Materiyal va tadqiqot usullari: Tadqiqotda 24 yoshdan 68 yoshgacha bo'lgan 45,19(13,9) yosh) 42 nafar bemor Tizimli sklerodermiya (TSD) tashxisibilan (ACR/EULAR tasnifi bo'yicha) (boshqa revmatologik kasallilar aniqlanmagan), kardiorevmatologiya va revmatologiya bo'limlarida statsionar davolanishda bo'lgan va artrologiya klinikasida ro'yxatdan o'tgan bemorlarni qamrab oldi. 2017 - 2019 yillar uchun IADK TMA klinikasi. Tanlab olingan bemorlar klinik yoki laborator tahlillarida qon tomir, jigar yoki buyrak kasalliklari belgilari bo'lmagan, koagulopatiyasi bo'lmagan, oral yoki transdermal esterogen, progesteron, androgen yoki boshqa steroidlar qabul qilmagan, suyak metabolizmiga tasir qiluvchi bisfosfanatlar qabul qilmagan. Ulardan 4 (4,4%) tasiertakva 38 (95,6%) tasiyoljinsida, kasallikning davomiyligi 6,5(3,9) yil, 8(19,1%) hozirda kortikosteroid preparatlarini qabul qiladi, 4(9,5%) avval qabul qilgan, 30(71,4%) xechqachon qabul qilmagan, bemorlar vitamin D preparatlarini umuman qabulqilmagan, bemorlarning 29 (69%) tasida Medaichak tizimi zararlanishi aniqlangan, 13(31%) tasida MIT zararlanishi aniqlanmagan. Barcha bemorlarda suyak zichligini baholash maqsadida Ultratovushden sitometridan foydalanildi. Suyak zichligini baholashda bemor tanasining oyoq panja qismi tanlandi va natijalar T- va Z mezonida ifodalandi. Tadqiqot natijalari xulosa shaklida mutlaq qiymatlarda taqdim etiladi: suyak mineral tarkibiva mineral zichligi, shuningdek taqqoslash uchun, populyatsion namunalar asosida hisoblangan me'yorlardan standart og'ish sifatida: Z-indeks, T-indeks. Olingan natijalarning statistik tahlili Microsoft Excel 2007 dasturi yordamida amalga oshirildi.

Natija: Ultratovushden sitometr yordamida tadqiqotda ishtirok etganlarning 17(40.4%) normal, 14(33.4%) osteopeniya, 11(26.2%) osteoporoz natijalari olindi.

Xulosa: TSD bilan tashxislangan bemorlarning 25(59.6%) tasida suyak mineral zichligi kamayganligini aniqlandi. Bemorlarning 29(69%) nafarida Medaichak tizimi kasallik natijasida zararlanganligi va kasallikning davomiyligi o'rtacha 6.5(3.9) yilni tashkil qilishidan ko'rinib turibdiki, TSD va suyak mineral zichligi kamayishi havfi o'rtasida bog'liqlik bor.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЯ И НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ОБЪЕКТЕ КАЗАХСТАНА

Цзян М.Ч¹, Ердесова К.Е¹, Хан Ф. С¹, Кульжанов М.К²

¹Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный университет им. А.С. Асфендиярова,

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ» г. Алматы

Актуальность. За последнее десятилетие в Мире наблюдается рост социально-значимых заболеваний. Среди них особое место занимает ожирение, распространенность которого, по данным экспертов ВОЗ, к настоящему времени приобрела характер эпидемии и охватывает в разных странах от 20 до 50% всего человечества. Казахстан тоже не исключение. По данным Национального центра общественного здравоохранения, **свыше 20%** жителей Казахстана страдают ожирением.

Целью исследования. Разработка совершенствования системы профилактики и организации у трудоспособного населения с избыточной массы тела, ожирением и нарушением углеводного обмена.

Материал и методы. исследование основывалось на результатах, полученных при обследовании 665 рабочих на крупном промышленном объекте Казахстана. Возраст данной группы составлял от 25 до 65 лет. Результаты оценивались по ИМТ, уровню глюкозы натощак, анализ данных проводились статистическими программами Microsoft Excel и Statgraphics 6.0.

Результаты и обсуждения. Согласно ВОЗ диагноз «избыточный вес» или «ожирение», нарушение углеводного обмена у взрослых ставится в следующих случаях:

ИМТ больше или равен 25 — избыточный вес;

ИМТ больше или равен 30 — ожирение.

По результатам первичного обследования

13,8% составляли рабочие с ИМТ 30 и выше- 92 человека, которым был выставлен диагноз ожирение.

23,9% составляли рабочие с ИМТ 26-29 -159 человек, которым был выставлен диагноз избыточная масса тела.

62,2% составляли рабочие с ИМТ 25 и ниже - 414 человек, имеющие нормальную массу тела или недостаточную.

Глюкоза натощак 5,5ммоль/л - и выше нарушение углеводного обмена.

Глюкоза натощак 5,5ммоль/л - и ниже без нарушения углеводного обмена.

13,8% составляли рабочие с повышенным уровнем глюкозы 92 человека, у которых обнаружено нарушение углеводного обмена.

86,1% составляли рабочие с нормальным уровнем глюкозы 573 человека, у которых не выявлено нарушение углеводного обмена.

Выводы: На основе проведенных исследований и полученных данных, мы рекомендуем раннюю диагностику и профилактику избыточной массы тела и ожирения, у трудоспособного населения в промышленности Казахстана.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Шамсиева Э.Р., Марданов Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: На сегодняшний день среди патологии детского возраста наблюдается рост заболеваемости и распространенности ревматических заболеваний. Одним из наиболее частых и самых инвалидизирующих заболеваний детского возраста является ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА).

Цель: На основании клинических и лабораторно - инструментальных данных оценить возможные варианты течения различных форм ЮРА.

Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни 25 пациентов с диагнозом ЮРА, наблюдавшихся с сентября по декабрь 2019 г. на базе кардиоревматологического отделения первой клиники ТМА. Оценивались клинические, лабораторно - инструментальные особенности вариантов течения ЮРА у детей.

По результатам полученных данных, ЮРА чаще заболевали девочки (16%) и несколько реже мальчики (11%). Преобладал ранний дебют заболевания, старт которого чаще отмечался в дошкольном возрасте (у 18% больных). Преобладали больные с суставной формой (в 9% случаев), протекавшей преимущественно в виде моно- и олигоартикулярных вариантов (16%). Полиартикулярная форма встречалась реже (у 19 пациентов). Суставно - висцеральная форма отмечалась в 12% случаев. Особенностью течения заболевания было сравнительно редкое развитие деформаций суставов (6%) и их анкилозирование (2%). При оценке лабораторных данных, обращало на себя внимание преобладание низкой (8%) и средней (16%) степени активности иммунопатологического процесса. Высокая степень активности процесса встречалась у 9% пациентов. Серопозитивный вариант течения артрита отмечался у 11% больных. При анализе рентгенологических изменений, обращало на себя внимание крайне редкое развитие узурации суставной поверхности (у 2 больных), а также редкое развитие контрактур (у 5 больных) и подвывихов (у 1 больного). Преобладающими рентгенологическими изменениями являлись остеопороз суставной поверхности и сужение суставной щели. При проведении МРТ суставов, помимо подтвержденных вышеуказанных изменений, у нескольких больных удалось выявить остеоит (2 случая). Таким образом, можно сделать следующие выводы: у наблюдаемых детей преобладала суставная форма ЮРА, протекающая в виде моно- и олигоартрита, как правило, без анкилоза и развития контрактур. При анализе лабораторных данных преобладала низкой и средней степени активности иммунопатологического процесса, крайне редко развивались выраженные костные изменения. Можно предположить достаточно благоприятное, по сравнению со взрослым возрастом, течение ЮРА у детей.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

^{1,2}Шарапов О.Н., ^{1,2}Даминов Б.Т.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
²Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр нефрологии и трансплантации почки.

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости и смертности населения. Рост распространенности поражений почек обусловлен вовлечением их в патологический процесс при широком спектре заболеваний внутренних органов. Имея неуклонно прогрессирующее течение ХБП приводят, в конечном итоге, к терминальной почечной недостаточности (тХПН) и необходимости проведения заместительной терапии (ЗПТ) - гемодиализа, перитонеального диализа, трансплантации почек[1]. В гемодиализной популяции сердечнососудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной летальности и составляют от 50 до 70%[2]. Кардиоренальные взаимоотношения определяются общностью механизмов формирования и прогрессирования поражения сердечнососудистой системы и почек при таких распространенных в общей популяции заболеваниях, как АГ, сахарный диабет распространенный атеросклероз. В настоящее время снижение функции почек расценивается как фактор ускоренного развития патологии сердечно-сосудистой системы[3]. По данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации[4], смертность от сердечно-сосудистых осложнений (ССО) среди больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) на программном гемодиализе (ГД) примерно в 30 раз выше, чем в тех же возрастных группах в общей популяции. Это связано с высокой распространенностью и прогрессирующим течением гипертрофии левого желудочка сердца (ГЛЖ), артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), аритмий и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у диализных больных.

Цель исследования. Определить структуру поражения сердечно-сосудистой системы у больных с хронической болезнью почек, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы. Данное научное исследование проводилось в отделениях гемодиализа Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почки. В исследование были включены 35 пациентов (21 мужчин и 14 женщин) с клинически установленным диагнозом ХБП V стадии (по NKF K/DOQI 2002) в исходе нефропатий различного генеза. Длительность ГД составила 17 (6-36) месяцев. Программный гемодиализ проводился аппаратами Fresenius Medical Care4008S, диализаторами Diacap Polysulfone LOPS18 LW и канюлами AV-Set FMC 22mm. Сесаны гемодиализа проводили по схеме 4 часа 3 раза в неделю. Для гемодиализа использовали бикарбонатный раствор в качестве диализата. Средний возраст больных составил 46,5±4,2 года. Программа обследования включала общеклинические лабораторные исследования. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали, основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле СКД-Ерi. Для изучения состояния сердечно-сосудистой системы всем больным проводили мониторинг АД, электрокардиографию, эхокардиографию.

Результаты. Одышку при физической нагрузке отмечали 30 (85,7%) пациента, из них 2 описывали жалобы характерные для ХСН ФКI (по NYHA), у 9 пациентов диагностировали ХСН ФКI, у 16 пациентов диагностировали ХСН ФКII, еще 3 пациента имели жалобы характерные для ХСН ФКIV (Таблица). Артериальная гипертензия наблюдалась у 28(80%) пациентов. При этом, более половины из них (17) имели АГ 3 степени, у 6 пациентов наблюдалось АГ 2 степени, АГ 1 степени отмечалась у 5 пациентов. Боли в области сердца были определены у 22 пациентов, 17(48,6%) из них описывали типичные приступы стенокардии. При обследовании у 2 пациентов обнаружили стабильную стенокардию ФКI, 5 пациентов имели стабильную стенокардию ФКII, 9 пациентов имели ФКIII, у 1 пациента диагностировалась стенокардия напряжения ФКIV. Гипертрофия левого желудочка на эхокардиографии наблюдалось у 32 пациентов. Необходимо отметить, показатели АД достоверно коррелируют с ГЛЖ. Также наблюдалось нарушение ритма и проводимости: у 1 пациента отмечали суправентрикулярную экстрасистолию, у 2 наблюдалась АВ блокада 1 степени, а также 2 пациента имели неполную блокаду левой ножки пучка Гиса.

Таблица.

Сердечно-сосудистая патология	Число случаев	p-достоверность
ИБС. Стенокардия	17(48,6% от общего)	<0,001
-ФКI	2	<0,001
-ФКII	5	<0,001
-ФКIII	9	<0,001
-ФКIV	1	<0,001
Артериальная гипертензия	28(80%)	<0,001
-1 степени	5	<0,001
-2 степени	6	<0,001
-3 степени	17	<0,001
Хроническая сердечная недостаточность(по NYHA)	30(85,7%)	<0,001
-ФКI	2	<0,001
-ФКII	9	<0,001
-ФКIII	16	<0,001
-ФКIV	3	<0,001
Аритмии	4(11,4%)	<0,001
-экстрасистолии	1	<0,001
-блокады	3	<0,001

Заключение. Сердечно-сосудистые осложнения занимают ведущее место среди причин летальности у больных ХБП на программном ГД. На основании анализа 35 пациентов ХБП на программном ГД можно предположить что основными патологиями

сердечно-сосудистой системы у больных являлись хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, стенокардия напряжения различной аритмии. Особенно высокая частота встречаемости наблюдались у таких патологий как ХСН и АГ, что примерно соответствует международным исследованиям[5]. Таким образом, длительное проведение программного гемодиализа приводит к различным осложнениям сердечно-сосудистой системы, которые приводят к ухудшению прогноза.

Литература

1. Даминов Б.Т., Шарапов О.Н. Состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с хронической болезнью почек терминальной стадии. Медицинский журнал Узбекистана. 2018;2: 68-72.
2. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2009 гг. Нефрология и диализ. 2009; 9 (1): 6-85.
3. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации - общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза. Тер арх. 2008; 6: 5-10.
4. ERA-EDTA Registry Annual Report 2017. Amsterdam UMC, Department of Medical Informatics. Kitty Jager et al, 2018. https://www.era-edta-reg.org/files/annualreports/pdf/AnnRep_2017.pdf
5. Макаров Е.В., Максудова А.Н., Шакиров И.Д. Состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. Практическая медицина. 2015(07).

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шахзадова А.Р., Погосян А.А., Суюнов А.М., Куцева Д.Н., Минаев С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель: Улучшение результатов лечения детей с инородными телами (ИТ) пищевода.

Материалы и методы: Проведен анализ временной частоты заболеваемости ИТ пищевода у детей, поступивших в КДКБ г. Ставрополя в период 2014-2019 гг. Изучены клинические, лабораторно-инструментальные показатели и методы по удалению ИТ.

Результаты: За данный период обратились 235 детей, которые проглотили различные ИТ, из них: 131 мальчик и 104 девочки. После проведения первичного обследования у 223 были выявлены ИТ в просвете пищевода. Из всех детей, у которых ИТ было удалено из пищевода определили: 134 монеты, 16 батареек, 36 продуктов питания (куски мяса, теста, яблоки, косточки фруктов, конфеты), 42 иных предмета (пуговицы, детали игрушек и др.). Характеристика применяемого эндоскопического оборудования и методик была представлена: 224 - ИТ извлечено зажимом, 10 - ИТ протолкнуты в желудок, 1 - ИТ извлечено сачком.

Характеристика выявленных дефектов слизистой пищевода у детей после эндоскопического исследования: у 55 детей - пролежни, у 12 - скарифицированные раны, у 12 - химический ожог, у 3 - перфорация пищевода.

Выводы: 1. Дети с ИТ желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) должны поступать в специализированный детский стационар с круглосуточной эндоскопической службой.

2. ИТ пищевода должны быть удалены сразу после постановки диагноза.

DIAGNOSTIC VALUE OF NONSPECIFIC BRONCHIAL HYPERRESPONSIVENESS IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT SEVERITY SCORES OF BRONCHIAL ASTHMA ATTACKS

Shakhova O.A., Koloskova O.

Higher state educational establishment of Ukraine,
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The Aim. Rate indices of nonspecific bronchial hyperresponsiveness to direct and indirect stimuli in adolescents with varying severity of asthma attacks was evaluated.

Materials and methods. 42 teens suffering from bronchial asthma were examined in postattack period. At admission to hospital severity of bronchial obstruction was studied using point scale: increasing of manifestations of bronchial obstruction was displayed with increasing of total attack score. Study of bronchial hyperreactivity was performed using standardized inhaled histamine spirometric test (PC_{20H}) taking into account the recommendations for the standardization of research. Indices of bronchial nonspecific hyperresponsiveness were investigated with regard to their lability in response to exercise and bronchodilatory effect of salbutamol on average during 4.6 months of prospective observation before the development asthma attack.

The Results. There was estimated that in a severe attack rate of bronchial lability, showing the severity of bronchospasm on physical stress and bronchodilatory effect of salbutamol was $37,3 \pm 4,9\%$ (95% CI:13,2-29,3), as compared to a mild attack: $17,6 \pm 2,9\%$ (95% CI:6,7-16,7), ($P < 0,05$). To determine the probability of severe asthma attack the sensitivity of index of PC_{20H} test less than 1.0 mg/ml was 71,4%, and the sensitivity of bronchial reactivity to this direct bronchospasmogenic stimulus – 60,0%. These results suggest, that on the background of the basic treatment in adolescents presence of bronchospasm to physical stress more than 15,0% is a highly specific test (90,9%), which increases the post-test probability of severe asthma attack by 35,6%, with the significant odds ratio of the event 11,6.

Conclusion. The sensitivity of the bronchi to histamine at concentrations less than 1,0 mg/ml can be used to screen and index of the bronchial lability more than 15% - to confirm the possibility of severe asthma attack in the nearest catamnesis.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТЬ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА

Шахова О.А., Король М.Н., Колоскова Е.К.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Цель. Оценить показатели неспецифической реактивности бронхов у детей, страдающих астмой физического усилия, с учетом ацетиляторного статуса пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей, страдающих бронхиальной астмой физического усилия. Исследование гиперреактивности бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометри-

ческого теста с гистамином (ПК20Г) с учетом рекомендаций по стандартизации исследования. Показатели неспецифической гипервосприимчивости бронхов исследовали с учетом их лабильности в ответ на физическую нагрузку и бронхорасширяющий эффект сальбутамола. Кроме того, определяли генетический маркер – тип ацетилирования методом В.М. Пребстинг – В.И. Гаврилова в модификации Тимофеевой, который характеризовал особенности II фазы системы биотрансформации ксенобиотиков.

Результаты. Установлено, что для детей, страдающих бронхиальной астмой физического усилия, с медленным ацетиляторным фенотипом свойственна более выраженная лабильность на всех уровнях бронхов как за счет бронхоспазма, так и дилатационной компоненты. Так же отмечено, что у детей с фенотипом астмы физического усилия с медленным ацетиляторным статусом наблюдалась более выраженная гипервосприимчивость дыхательных путей к гистамину. Отмечено, что медленный ацетиляторный фенотип ассоциировал с относительным риском выраженной дилатационной реакции дыхательных путей в 1,5 раза [95% ДИ: 0,9-2,5], при соотношении шансов - 2,0 [95% ДИ: 0,6-6,3].

Выводы. Таким образом, у детей с бронхиальной астмой физического усилия, увеличивается риск развития неспецифической гипервосприимчивости бронхов при медленном характере ацетилирования как за счет лабильности бронхов, так и гиперчувствительности дыхательных путей, что можно использовать в клинической практике при верификации полной клинико-инструментальной ремиссии заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОККЛЮЗИИ С ПОЗНОСТАТИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ 9-12 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Швед Н. В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. За последние 15-20 лет по данным медицинских осмотров и проводимых скрининг-тестов, наблюдается рост количества регистрируемых случаев функциональных нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. В настоящее время, эта тенденция сохраняется. Данные медицинских осмотров стоматологов, также свидетельствуют о росте числа пациентов детского возраста, нуждающихся в стоматологической помощи. Так, ежегодно в Республике Беларусь выявляется значительное количество случаев стоматологической патологии у детей и подростков возрасте 6-18 лет и составляет 75% от общего числа выявленных случаев нездоровья. Наиболее высокая распространенность патологии зубочелюстной системы установлена у детей 9-12 летнего возраста и составляет 76%.

Цель. Определить взаимосвязь вида окклюзии и типа нарушения осанки.

Материалы и методы. Анализ специальной литературы. Методы стоматологического обследования, функциональные тестирование осанки. Сравнительный анализ данных исследования.

Обсуждение. В настоящее время, связь между осанкой и прикусом является научно доказанной. Любые нарушения осанки, оставленные без коррекции, приводят к изменениям в большинстве систем организма, затрагивая, в том числе челюстно-лицевую область. При всех видах нарушения осанки отмечается функциональная несостоятельность мышц туловища в целом и пониженный тонус определенных групп мышц в зависимости от типа нарушения. Так, например, опущенная и наклоненная вперед голова изменит осанку, увеличив грудной кифоз и уменьшив поясничный лордоз. Наклон головы в сторону будет компенсирован подъемом вверх одноименного плечевого сустава и сглаженности треугольников талии с противоположной стороны. Таким образом, положение головы оказывает самое большое влияние на сохранение равновесия тела. Также верно утверждение, что длительное нахождение в положении «порочной осанки» изменит положение головы.

Выводы. На основании анализа проведенных исследований следует, что:

1. Осанка может изменяться по причине развития заболеваний опорно-двигательного аппарата в целом и позвоночника в частности.
2. Любые нарушения осанки приводят к компенсаторным изменениям во всем организме, затрагивающие так же челюстно-лицевую область.
3. Статические изменения в положении нижней челюсти, в следствие длительного удержание порочного положения затрагивают прежде всего позвоночник.
4. Патология опорно-двигательного аппарата и аномалии зубочелюстной системы формируются уже в дошкольном возрасте и усугубляются в процессе роста.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕКТОРА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ

Широв Т., Мавлянов Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Оценить при помощи доплерографии пропускную способность уретеро-везикального сегмента при врожденном уретерогидронефрозе у детей. Материал и методы. В основу работы положены результаты анализа обследования и лечения 184 больных с врожденным уретерогидронефрозом. С помощью доплерографии изучались следующие показатели мочеточничко-пузырного выброса мочи: расположение, направление и частота (число выбросов за единицу времени); количество пиков (волн), количество выбросов за единицу времени, продолжительность одного выброса (Т), максимальная (V_{max}) и минимальная (V_{min}) скорости выброса.

Результаты. Анализ доплерограмм позволил выделить три наиболее часто встречающихся типа кривых: одноволновую, двухволновую и так называемую венозную (редкий, продолжительный выброс мочи с низкой скоростью). При обструктивном уретерогидронефрозе II степени мочеточничко-пузырный выброс мочи в 64% случаев имел двугорбый и в 36% случаев одногорбый характер, число выбросов в минуту снизилось до 3,5±0,5 раз, а продолжительность одного выброса – 2,92±0,2 секунд. Максимальная скорость равнялась – 0,18±0,02м/с, средняя – 0,12±0,02м/с и минимальная 0,10±0,02м/с. При обструктивном уретерогидронефрозе III степени в 78% выброс был одноволновый и непро-

должительный $1,16 \pm 0,5$ сек., число выброс в минуту колебалось $1,5 \pm 0,5$. В 22% выброс имел венозный не продолжительный характер. Максимальная скорость равнялась $-0,08 \pm 0,02$ м/с, средняя $-0,07 \pm 0,02$ м/с и минимальная $0,05 \pm 0,02$ м/с.

Мочеточниково-пузырный выброс мочи при рефлюксирующим уретерогидронефрозе II-III степени вызвал определенный интерес. При II степени выброс был двухволновым и венозным, 2-5 раз в минуту и продолжительностью 5-7 сек. Максимальная скорость равнялась $-0,22 \pm 0,02$ м/с, средняя $-0,16 \pm 0,02$ м/с и минимальная $0,16 \pm 0,02$ м/с. При III степени выброс был венозным, продолжительным - почти постоянным, максимальная скорость $-0,17 \pm 0,03$ м/с, средняя $-0,13 \pm 0,03$ м/с и минимальная $-0,11 \pm 0,02$ м/с.

Выводы. Для оценки функционального состояния пузырно-мочеточникового сегментов у детей с врожденным уретерогидронефрозом и построения дифференциально-диагностического ряда необходимо определять параметры мочеточниково-пузырного выброса мочи: частоту, направление, тип спектральной кривой, скоростные показатели. Использование доплеровских методов оценки мочеточниковых выбросов позволяет осуществлять аппаратный контроль за степенью обструкции мочеточника.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Максимов К.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Эмоциональные расстройства являются частой причиной жалоб у больных, которые обращаются к врачам в связи с нарушениями со стороны органов пищеварения.

Цель исследования: уточнить влияние психоэмоционального статуса на функциональное состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 36 студентов ФГБОУ ВО «ИГМА МЗ РФ», среди них – 24 девушки и 12 юношей. Средний возраст составил $21,1 \pm 0,5$ лет. Для определения эмоционального состояния обследуемых использовался психологический опросник САН (>4 набранных баллов по шкале свидетельствует о благоприятном состоянии испытуемого, <4 баллов – наоборот). Функциональное состояние ЖКТ оценивали с помощью питьевого теста (ПТ), который проводили натошак с негазированной водой разной температуры ($25, 30, 35, 40^\circ\text{C}$) до чувства полного насыщения с последующей фиксацией выпитых объемов. Сравнительный анализ осуществлялся с учетом набранных баллов по шкалам САН. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Низкий уровень активности был выявлен у 58,3%, подавленное настроение - у 16,7%, плохое самочувствие - у 33,3% участников исследования. В результате проведенного ПТ с водой разной температуры были обнаружены достоверные корреляционные взаимосвязи между объемами выпитой воды температурой 35°C и самочувствием ($r=0,378$); $25-40^\circ\text{C}$ и настроением ($r=0,467$, $r=0,567$, $r=0,489$, $r=0,383$); 30°C и активностью ($r=-0,411$). Возможно, это связано с более высоким уровнем серотонина в крови людей с хорошим самочувствием и настроением, который обеспечивает рефлекторную релаксацию желудка, способствуя таким образом большей вместимости органа. Меньший объем выпитой воды у студентов с повышенной активностью, вероятно, связан с расстройством аккомодации желудка, в результате чего не происходит адекватного расслабления проксимального отдела органа после приема воды, что приводит к появлению чувства раннего насыщения. В ходе ПТ отмечено, что у всех групп студентов наблюдается уменьшение объема выпитой воды при увеличении ее температуры ($p < 0,01$), особенно это выражено у лиц с низкой активностью (уменьшение объема выпитой воды на 58,7%) и плохим настроением (на 64,2%). Вышеуказанные изменения могут свидетельствовать о более быстром снижении порога температурной чувствительности слизистой желудка у данных лиц, либо о прогрессирующем нарушении рефлекторной аккомодации желудка при воздействии воды более высокой температуры.

Выводы. Полученные результаты дают возможность сформировать образ человека, предрасположенный к функциональным нарушениям ЖКТ, с учетом его психоэмоционального состояния.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСТНАГРУЗОЧНОГО ВОССТАНАВЛЕНИЯ ДЗЮДОИСТОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ

Шоюнусов Ф.Ш., Усманходжаева А.А., Жумаева Г.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Медицинское обеспечение спортсменов представляет особый интерес в спортивной медицине. Как на физическое, так и на психосоциальное здоровье спортсменов оказывают влияние множество факторов: высокая интенсивность тренировочных нагрузок в профессиональном спорте, стресс, связанный с подготовкой к соревнованиям, физическое перенапряжение [1]. Медицинские средства восстановления спортсменов включают применение препаратов фармакологической поддержки, в том числе системной энзимотерапии [2].

Цель исследования: изучение влияния применения системной энзимотерапии в комплексной программе постнагрузочного восстановления дзюдоистов-паралимпийцев на функциональное состояние организма спортсменов во время тренировок и подготовки к соревнованиям.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Национальной паралимпийской ассоциации Республики Узбекистан. В исследовании приняли участие 22 спортсмена в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст $20,5 \pm 0,5$ лет, из которых 16 мужчин и 6 женщин. В зависимости от программы постнагрузочного восстановления спортсмены были разделены на 2 группы. В основную группу были включены спортсмены, регулярно получающие витамины группы В и препарат системной энзимотерапии Вобэнзим, в контрольную группу спортсмены без медикаментозной поддержки. Вобэнзим назначался в индивидуальном режиме продолжительностью курса 1-1,5 мес. Проводилось врачебно-педагогическое наблюдение (ВПН), изучались интенсивность, кратность, продолжительность физической нагрузки, признаки утомления в ходе тренировочного процесса. Функциональное состояние спортсменов оценивалось с применением проб Летунова и Мартине.

Результаты. По данным ВПН тренировки у паралимпийцев проводились в утренние и вечерние часы 2 раза в день по 1,5 часа 6 дней в неделю и включали следующие этапы подготовки: технико-тактическая, специально-физическая, общая физическая, медико-восстановительная и психологическая.

В ходе проведения исследования было выявлено, что спортсмены основной группы становились более устойчивы к высокоинтенсивным тренировочным нагрузкам по сравнению с контрольной, это подтверждалось меньшей степенью выраженности признаков утомления к концу тренировки, лучшими показателями состояния эмоционального статуса и данными функциональных проб. Так, в основной группе по данным пробы Летунова улучшение восстановительных процессов дыхательной системы отмечались у 84,5% против 44,5% в контрольной группе. По результатам пробы Мартине частота встречаемости нормотонической реакции на нагрузку увеличилась в основной группе с 65% до 86%, в то время как в контрольной зарегистрировано повышение частоты встречаемости патологического гипертонического типа реакции на нагрузку с 28% до 36%. При оценке психологического статуса стрессоустойчивость повысилась в группе спортсменов, в комплексе восстановления которых применялась системная энзимотерапия, по сравнению с контрольной группой (75,8% и 52,5% соответственно).

Заключение. Таким образом, применение системной энзимотерапии способствует оптимизации процессов постнагрузочного восстановления, улучшает функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы, а также психологического статуса дзюдоистов-паралимпийцев во время тренировок и подготовки к соревнованиям.

Литература

1. Стернин Ю.И. Роль системной энзимотерапии в профилактике заболеваний и срыва адаптации в спорте высших достижений: дис. д-ра мед. наук. — Москва, 2009.
2. Стернин Ю.И., Сизякина Л.П. Особенности состояния иммунной системы при высокой физической активности и применение системной энзимотерапии. Медицинский академический журнал, 2014, том 4, №1, с.87-92.
3. Botrè, F (2008). New and old challenges of sport drug testing. *J. Mass Spectrom*, 43, 903-7. doi: 10.1002/jms.1455.
4. D'elia, F, Mazzeo, F, & Raiola, G. (2018). The core curriculum in the university training of the teacher of physical education in Italy. *Journal of Human Sport and Exercise*, 13, S413-S420. doi:10.14198/jhse.2018.13.Proc2.25.
5. Mazzeo, F, Santamaria, S., Iavarone, A. (2015). "Boosting" in paralympic athletes with spinal cord injury: Doping without drugs. *Functional Neurology*, 30(2), 91-98.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Шувалова М.С., Шаназаров А.С., Шидаков Ю.Х.-М.

Институт горной физиологии и медицины НАН КР,

Лаборатория экспериментального моделирования патологических процессов Кыргызско-Российского Славянского университета

Горы – это уникальный природный фактор, где расположены значительные природно-сырьевые запасы страны и разработка их сопряжена с изменением функционирования всех систем организма, но в первую очередь, головного мозга.

Одной из ключевых проблем здравоохранения в мире является рост цереброваскулярных нарушений, смертность от которой с каждым годом растет. В развитии осложнений острой ишемии головного мозга (ИГМ) играет существенную роль ремоделирование сосудистых сплетений желудочков головного мозга (ССЖГМ).

Поэтому, цель работы - изучить особенности ремоделирования ССЖГМ при ИГМ в условиях высокогорья.

Материалы и методы. Объект исследования - крысы-самцы массой 270-310г, разделенные на 4 группы: 1-я – интактные крысы, 2 – животные с ИГМ (низкогорье), 3– крысы, подвергшиеся транспортировке в высокогорье, 4– животные с ИГМ, смоделированной в высокогорных условиях. ИГМ воспроизводилась в условиях перевала Туя-Ашуу, 3200 м над ур. моря. Поведенческие реакции оценивались по методике открытого поля. Морфологические изменения структур головного мозга регистрировались под микроскопом Olympus Vx40 (Япония). Статистическая обработка результатов проводилась в программе SPSS.

Результаты. Исследования локомоторного теста показали, что в низкогорье (условия г. Бишкек, 760 м. над ур. моря) двигательная активность у животных 2 группы на 3 сутки эксперимента в 4,5 раза уменьшилась по сравнению с контрольной группой животных ($p < 0,05$). У животных 3 группы количество пробежек по наружным квадратам было $25,25 \pm 3,4$, что в 1,4 раза ниже, чем у животных 1-й группы. Локомоция у крыс 4-й группы была снижена в 5,3 раза в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$). Во 2-й группе количество вертикальных стоек уменьшилось в 3,7 раза ($p < 0,05$) против контрольной группы, а в 4-й группе количество стоек уменьшилось в 9 раз в сравнении с 3-й группой ($p < 0,05$). При микроскопии сосудистых сплетений боковых желудочков крыс с ИГМ на фоне пребывания в высокогорье наблюдается отек эпендимных клеток с увеличением высоты ядер этих клеток до $30,8 \pm 0,2$ ($P < 0,001$) в сравнении с контрольной группой. При этом, отмечается уменьшение диаметра кровеносных сосудов сплетения в 1,5 раза в сравнении с контролем ($P < 0,02$).

Выводы. ИГМ приводит к снижению кровотока и набуханию стромального компонента сплетения, тем самым вызывая нарушение секреции состава СМЖ.

Это приводит к угнетению функционирования двигательной и исследовательской активности животных, нарушая адаптацию животных к изменяющимся условиям внешней среды.

Названные изменения наиболее выражены в условиях острой ИГМ в условиях высокогорья.

ARTHRITIS ASSOCIATED WITH THE HEPATITIS C VIRUS: TREATMENT FEATURES, ANALYSIS OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

Shukurova F. N., Karimov M.Sh.

Tashkent medical academy

Joint damage and arthralgia are common in patients with chronic viral hepatitis C (HCV). The treatment of arthritis associated with the hepatitis C virus (HCVa) is still largely empirical and problematical, because few studies have analyzed this topic and the basic therapy of arthritis is based on the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), which have a hepatotoxic effect.

The purpose of our study is to evaluate the effectiveness and safety of NSAIDs in patients with HCVaA.

Material and methods: We observed 30 HCV patients who were treated in the Rheumatologic and therapeutic and gastroenterological departments of the multidisciplinary clinic of the Tashkent medical academy (TMA) of Uzbekistan. All patients were diagnosed with HCV-associated arthritis. The diagnosis was confirmed by the presence of antibodies to HCV (anti-HCV) by PCR. During the examination of patients, the following parameters were taken into account: gender, age, main diagnosis, dynamics of biochemical indicators (at the time of admission and at the end of hospitalization). The patients were divided into 2 groups of 15 people. In the first group patients were given aceclofenac (Airtal), the second - meloxicam (Melbec Forte). The ratio of men and women, respectively, is 1,72:1 (19:11). the average age of patients with HCV Associated arthritis was 39,37±7,00 years. All patients with HCVaA diagnosis were divided into 2 groups of 15 people. In the first group was assigned aceclofenac, in the second meloxicam (melbec Forte). The clinical picture of joint syndrome was evaluated in dynamics, and blood biochemical parameters were monitored.

Results and discussion: Before the start of therapy, 15 (100%) patients in group I and II had joint soreness. 10 days after the start of therapy, joint pain was already bothering only 3 (20%) patients in group I and 4 (26,6%) patients in group II. The assessment of the severity of joint pain as compared to TREATMENT in both groups was almost the same: in group I -5,10±1,17 cm, in group II -5,67±1,26 cm. After treatment, the figure was significantly lower relative to the initial indicators -1,54±0,86 cm ($p<0,001$) in group I and in group II after treatment - 1.39±0.64 ($p<0.001$). The presence of swelling in the affected joints was observed in 5 (33,3%) people in group I and 23 (76,7%) people in group II. The number of patients with swelling in the area has also decreased after treatment, only 2 (13,3%) patients in group I and 2 (13,3%) patients in group II were observed. Joint stiffness was detected in 1(6,6%) patients in group I and in group II in a higher percentage of cases - in 8 (53,3%) patients ($p<0.01$). After treatment, the presence of stiffness was not observed in group I and group II in 2 (13,3%) of the examined patients. The presence of movement restriction in the joints was observed in 3 (20%) patients in group I. While in group II, the percentage of patients with joint movement restriction was higher - in 9 (60%) patients ($p<0,01$). Movement restrictions after treatment were observed in 1(6,6%) patients in group I and 3 (20%) patients. At the same time, it should be noted that against the background of taking aceclofenac (airtal), there was an increase in alanine aminotransferases levels by 20,25±4,65 and aspartate aminotransferases - by 16,24±4,58 after 10 days of therapy. And against the background of taking meloxicam (melbec Forte), there was an increase in alanine aminotransferases levels by 4,60±0,96 and aspartate aminotransferases - by 4,58±1,68 after 10 days of therapy.

Conclusion: Thus, treatment with aceclofenac (airtal) and meloxicam (Melbec Forte) was effective in patients with associated HCV arthritis. According to our research data, especially for cytolysas with elevated values of transaminases in serum, the criteria for choosing NSAIDs in the treatment of HCVaA, less hepatotoxic drug of choice is meloxicam (Melbec Forte).

ОСТЕОАРТРОЗ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА СИМПТОМСИЗ ГИПЕРУРИКЕМИЯ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИННИГ АҲАМИЯТИ

Шукуров Б.Б., Арипова Н.А., Набиева Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги вақтда кўплаб тадқиқотлар натижаларида симптомсиз гиперурикемияни юрак – қон томир патологияларидан касалланиш ва ўлимда мустақил ва модификацияланган хавфли омил сифатида катта рол ўйнаши тасдиқланган. Кўпчилик тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, гиперурикемия АҚШнинг катта ёшдаги аҳолисида 2%, Францияда 17%, Испанияда 7%, Россияда 19,3% ҳолатларда учрамоқда. Айрим муаллифларнинг маълумотларига кўра ушбу ҳолат Белоруссия ва Россияда ҳар бир бешинчи беморда қайд этилганлиги таъкидланган. Бошқа тадқиқотчилар эса сийдик кислота миқдорини симптомсиз кўпайишини 5-8% умумий популяцияда учрашишини қайд этганлар.

Охириги вақтларда сийдик кислота бошқа метаболик хавф омиллари билан солиштириб кўрилганда юрак – қон томир касалликларини келиб чиқишида роли катталиги тўғрисидаги маълумотлар йиғилмоқда.

Кўпчилик олиб борилган тадқиқотларда сийдик кислота миқдори ва коронар касалликлар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик гипертония, диуретикларни қўллаш, гиперлипидемия ёки илгаридан мавжуд бўлган касалликлар орқали мавжуд бўлганлиги аниқланган бўлса, айрим бошқа ўтказилган текширишларда эса ушбу омилларга тегишли бўлмаган бошқа омиллар аниқланган. Finnish Study томонидан аёлларда биринчи 5 йилда эмас, балким 5 йилдан 12 йилгача бўлган кузатув мобайнида юраги касал бўлмаган аёлларда сийдик кислота ва юрак – қон томирлари касалликларидан боғлиқ бўлмаган ўлим ўртасидаги боғлиқни аниқлаган. Бунга ўхшаш боғлиқлик эркаларда кузатилмаган. Chicago Heart Association Detection in Industry Study аёлларда сийдик кислота ва юрак – қон томир касалликларидан ўлим хавфи ўртасида мустақил боғлиқлик мавжудлигини аниқлаган, эркалар ўртасида эса ўхшаш боғлиқлик аниқланмаган. Кейинги 35 ёшдан 65 ёшдаги 6000 аёлни ўз ичига олган тадқиқотда сийдик кислота миқдори ва коронар касалланиш ўртасида мустақил боғлиқлик мавжудлиги 55 ёшдан 65 ёшгача бўлган аёлларда (бу ҳолат постменопаузага тўғри келади) кузатилган, бу ҳолат тахминан гормонал таъсир бўлиши мумкинлиги орқали тушунтирилган. Жинсий фарқ сабаблари ҳалигача аниқ эмас. Муайян бир ролни жинсий гормонлар ўйнаши ҳақида фикрлар мавжуд. Эстроген ва прогестерон қабул қиладиган аёлларда ушбу таблеткаларни мутлақо қабул қилмаган аёлларга нисбатан сийдик кислота миқдори анча паст. Постменопаузадаги аёлларда сийдик кислота бошқаларига нисбатан анча юқори миқдорда.

Гиперурикемия (сийдик кислотаси миқдорининг ошиши) ва юрак – қон томир касалликлари хавфи ўртасидаги ўзаро боғлиқлик йирик эпидемиологик тадқиқотлар натижасида аниқланган. Сийдик кислотаси миқдорининг баланд ошиши билан артериал гипертензия, қандли диабет, инсулинрезистентлик, семириш ва атеросклероз билан боғлиқ бўлган юрак – қон томирлари касалликлари ўртасида ўзаро боғлиқлик ўз исботини топган.

Шундай қилиб, ўтказилган ҳозирги замон адабиётлар таҳлили шу ҳақда дарак берадики, гиперурикемия – юрак – қон томир хасталиклари билан беморларнинг касалланиши ва умумий ўлимидаги кучли, мустақил ва энг асосийси модификацияланган предиктор ҳисобланади. Шунга мос равишда симптомсиз гиперурикемияни коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқиш ва уларнинг самарадорлигини проспектив текширишларда илмий жиҳатдан асослаб бериш зарур.

EFFECT OF THE DOMESTIC PREPARATION VIKTOZY METABOLIC RISK FACTORS IN PATIENTS WITH OBESITY

Shukurov U.M., Saidova Sh. A.

Tashkent medical academy

Objective: To study the effectiveness of Victoza (Liraglutida) 3.0 mg in relation to changes in body mass index, body weight, waist circumference, blood pressure parameters and the effect on cardiometabolic risk factors in obese patients.

Materials and research methods: the study was conducted in 30 patients (men and women) with obesity (body mass index - BMI kg / m²) without diabetes, who signed an informed consent to participate in the study. The age of patients ranged from 25-59 years. The examined patients received 3,0 mg / day Victoza therapy (subcutaneous solution 6 mg/ml, cartridge in a syringe - 3 ml pen). According to the instructions, the drug was administered subcutaneously once a day. The initial dose was 0,6 mg/day, then the standard titration of the dose of the drug was carried out according to the instructions: the dose was increased by about 6 mg at intervals of at least one week to improve gastrointestinal tolerance until the therapeutic dose of 3 mg/day was reached, for 3 months. The examination included measurement of anthropometric parameters, blood sampling with an assessment of the parameters of lipid and carbohydrate metabolism.

Research results: The studies showed that after 3 months of treatment with Victoza 3,0 mg, a significant improvement in anthropometric parameters was noted: Median weight loss was 8,3 kg (p = 0,0016), body mass index was 4,3 kg/m² (p = 0,0015), waist circumference - 9.0cm (p = 0,003, respectively), as well as a significant improvement in the parameters of concomitant metabolic disorders.

Conclusion: Thus, complex therapy using Victoza 3,0 mg / day for 3 months is effective for the treatment of obesity and the correction of cardiometabolic disorders associated with obesity.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ФАМОТИДИНА И ОМЕПРАЗОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Эргашев И., Зуфаров П.С.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время в базисной терапии язвенной болезни, согласно Маастрихтским соглашениям, ведущее значение среди антисекреторных препаратов имеют блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонной помпы.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности блокатора H₂-гистаминовых рецепторов 3 поколения фамотидина и омепразола при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Клинические исследования проводились на 48 больных язвенной болезнью 12-перстной кишки инфицированных H.pylori. Больные были разделены на две группы наблюдения. Больные первой группы получали стандартную "тройную" терапию с использованием омепразола по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицина и амоксициллина в течении 7 дней. Вторая группа больных принимали фамотидин по 40 мг однократно, кларитромицин и амоксициллин течение 7 дней. Всем больным в начале лечения и в динамике через 2 недели проводили определение концентрации соляной кислоты и пепсина. Оценку состояния слизистого барьера изучали определением в желудочном соке содержания сиало- и фукуцинов и нерастворимого слизистого геля. H.pylori определяли общепринятым "быстрым" уреазным тестом.

Проведенные исследования показали, что обе использованные схемы противоязвенной, тройной терапии все больные переносили удовлетворительно - не наблюдались отрицательные проявления терапии, что потребовало бы отмены лечения. При применении тройной терапии на основе фамотидина, динамика кислотно-пептической агрессии и эрадикация H.pylori практически не отличался от эффективности тройной терапии на основе омепразола.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Ёркинқызы А., Касымова Г.П.

Республика Казахстан г. Алматы Казахстанский национальный университет им. А.С. Асфендиярова

Актуальность: Регулярные занятия спортом в детстве укрепляют здоровье, повышают физическую и умственную работоспособность. Однако, длительные физические и психические нагрузки могут оказывать отрицательное влияние на детский организм. Увеличивается риск возникновения травматизма, патологических процессов и патологических состояний, как перенапряжение, переутомление.

Цель работы - изучить особенности организации мониторинга за состоянием здоровья юных спортсменов.

Материалы и методы. Работа проведена на базе Центра спортивной медицины и реабилитации. Программа динамического наблюдения включала: оценку физического статуса и психосоматического здоровья, число обследованных спортсменов, полноту обследования узкими специалистами, выполнение врачебно-педагогических наблюдений, в том числе, на учебно-тренировочных сборах, количество, закончивших физиолечение и лечебно-физическую культуру, и массаж из общего числа, кому они были показаны, а так же результативность проведения динамического наблюдения.

Было обследовано 420 спортсменов в возрасте 12-15 лет, со спортивной специализацией: футбол (мальчики). Сбор материала проводился за 2017-2019 году и рассчитывался показатель в среднем за три года. Материалы получены путем выкопировки данных из медицинской документации (амбулаторной карты, журналов медицинских осмотров).

Результаты исследования. Оценка физического развития проведена при сопоставлении фактических данных антропометрического исследования со "Стандартами физического развития" в соответствии, с возрастом, полом и спортивной специализацией. При этом, у большинства спортсменов средний показатель отмечался у 63,1%, выше среднего- у 32,6 %, и у 4,3%-ниже среднего.

В период наблюдения все спортсмены прошли этапы текущих, срочных и ежегодных углубленных медицинских осмотров (УМО). В то же время, как офтальмологом и оториноларингологом, были обследованы, соответственно, 81,2 % и 91,2%; хирургом и травматологом, 95,7% и 89,8%. Осмотры кардиологом, невропатологом и стоматологом, отмечены у 66 %; 71,1% и 91,7%. Следующие показатели наблюдались у реабилитолога (физиотерапия, массаж и лечебная физическая культура) - 83,6%.

Полностью были охвачены динамическим осмотром футболисты спортивным врачом (100%), но показатель мониторинга психолога низкий - 21,7%, очевидно, это связано с тем фактом, что психолог, в большинстве случаев работает со спортсменами более высокой возрастной категорий. Врачебным педагогическим наблюдением (ВПН) были охвачены 64,2%.

Функциональная диагностика выполнена, в формате: ЭКГ-91,7%; спирография-45,2%; УЗИ брюшной полости-94,4%; УЗИ органов малого таза - 86,9%; ЭхоКГ-21,9%. По результатом проведенных обследований выявлены острые заболевания (ОРЗ, ангины, гастриты, кожные заболевания и другие) у 13,1% спортсменов. Хроническая патология установлена у 44,8% (заболевания опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и другие).

Выводы. Таким образом, динамическое наблюдение за юными футболистами, показывает:

Достаточно высокий уровень медицинских осмотров узкими специалистами, за исключением кардиолога и психолога.

Необходимость значительного охвата функциональными методами обследования: ЭхоКГ, спирометрии, а так же проведения ВПН. По результатам УМО выявлена патология у 57,9% юных футболистов, что предусматривает проведение лечебно-реабилитационных мероприятий и усиление врачебного контроля за состоянием здоровья юных спортсменов.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАР ОРАСИДА ТИРЕОИД ПАТОЛОГИЯНИНГ УЧРАШИ

Юлдашев О.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Мастопатия - аёлларнинг энг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, маммологиядаги касалликлар оқимининг 90% ини ташкил этади [1]. ФКМ сут беши саратонидан фарқли равишда репродуктив ёшда, сут беши саратони эса асосан постменопаузал учрайди. ФКМ 30 - 40 ёшлар орасида энг кўп кузатилади [4]. College of American Pathologists [2] маълумотлари бўйича, атипиясиз пролифератив шаклдаги ФКМ сут беши саратони ҳавфини 1,5-2 марта, атипиясиз пролифератив шаклдаги ФКМ эса 4-5 марта оширади [3]. ФКМ этиологияси охиригача ўрганилмаган бўлиб, ҳавф омилларига эндокрин бузилишлар, асосан қалқонсимон без гормонларидаги ўзгаришлар киради [5].

Тадқиқот мақсади: репродуктив ёшдаги фиброз кистоз мастопатия билан касалланганлар орасида тиреоид патологиянинг учрашини ўрганиш.

Тадқиқот манбаси ва усуллари: Тадқиқот манбаси сифатида Хоразм вилоятида яшовчи репродуктив ёшдаги 101 та аёл 2019 йилда кузатувга олиниб проспектив усулда клиник, лаборатор ва инструментал усуллар ёрдамида текширилди. Тадқиқот манбаси сифатида ҳомиладорлар, 50 ёшдан катта ва 18 ёшдан кичик ёшдаги, бошқа декомпенсирланган соматик касаллиги мавжуд беморлар, кўкракдан сутдан бошқа ажралма келган беморлар, мастит билан касалланганлар, BI-RADS тизими бўйича 4, 5 ва 6 категорияга кирувчи эхокартина аниқланган беморлар олинмади. Барча беморлар дастлаб объектив кўриқдан ўтказилиб, қалқонсимон без ва сут безлари ультратовуш текшируви ёрдамида текширилди. Гипотиреозга шубҳаланган барча беморлардан гормонал текширувлардан қон зардобидидаги тиреотроп гормон, эркин тироксин ва пролактин, тиреопероксидазага нисбатан антитела аниқланди, заруратга кўра левотироксин билан ўрин босувчи консерватив даво тавсия қилинди. Тадқиқотдаги барча аёлларда эутиреозид ва гипотиреозид ҳолатдаги ФКМ клиник кечиши солиштирилди.

Натижалар: Кузатувга олинган 101 та аёлларнинг ўртача ёши 34 ± 8 ёш (15-58 ёш), симптомларнинг давомийлиги $26,2 \pm 33$ ой (2-190 ой), кузатув давомийлиги $13 \pm 4,2$ ой (6-24 ой)ни ташкил этди. Сут беши соҳасидаги оғриқларга шикоят қилган 54 та аёлларнинг 42 таси (77,8%) да гипотиреоз белгилари аниқланиб, улардаги ўртача ТТГ $5,3 \pm 4,5$ мкМЕ/мл. ни ташкил этади. Аутоантителалар ортиши ушбу 54 беморнинг 28 таси (51,8%) да аниқланиб, 8 та бемор (14,8%) да пролактин юқори концентрацияда бўлиши аниқланган.

Масталгия ва кўкракдан ажралма билан шикоят қилган 18 та аёлларнинг 12 таси (66,6%) ида гипотиреоз белгилари аниқланиб, улардаги ўртача ТТГ $8,8 \pm 6,5$ мкМЕ/мл. ни ташкил этади. Аутоиммун тиреоидит билан касалланганлар 18 та беморнинг 7 таси (38,9%) да аниқланиб, 16 та бемор (88,8%) да пролактин юқори концентрацияда бўлиши аниқланган.

Кўкракдан ажралма билан шикоят қилган 29 та аёлларнинг 23 таси (79,3%) ида гипотиреоз белгилари аниқланиб, улардаги ўртача ТТГ $6,7 \pm 4,8$ мкМЕ/мл. ни ташкил этади. Аутоиммун тиреоидит (АИТ) билан касалланганлар 29 та беморнинг 10 таси (34,5%) да аниқланиб, 28 та (96,6%) да гиперпролактинемия аниқланган. Умумий ҳисобда олганда, репродуктив ёшдаги сут беши соҳасида оғриқ ёки ажралма келиши муаммолари бўйича мурожат қилган 101 та аёлнинг 77 та (76,2%) тасида тиреоид патология белгилари аниқланган бўлса, қолган 24 тасида тиреоид патологияга оид клиник ва инструментал белгилар аниқланмади.

Хулоса: репродуктив ёшдаги фиброз кистоз мастопатия билан касалланганларнинг 76,2% ида тиреоид патология аниқланиб, уларнинг асосий қисмини йод етишмаслик бўқоғи (ЙЕБ) ва АИТ ҳисобига юзага келган гипотиреоз ташкил этади.

Адабиётлар

1. Высоцкая И.В., Летыгин В.П., Черенков В.Г. и др. Клинические рекомендации Российского общества онкоммаммологов по профилактике рака молочной железы, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез. Опухоли женской репродуктивной системы 2016;12(3):43-52.
2. American College of Radiology. BI-RADS Breast imaging reporting and data system. Breast imaging atlas: mammography, breast ultrasound, breast MR-imaging. - Virginia. Reston, 2003. - 268 p.
3. Eberl MM, Phillips RL Jr, Lamberts H, Okkes I. : Characterizing breast symptoms in family practice. Ann Fam Med 2008; 6: 528-33.
4. Gopalani SV, Janitz AE, Martinez SA, Gutman P, Khan S, Campbell JE. Trends in cancer incidence among American Indians and Alaska Natives and Non-Hispanic Whites in the United States, 1999-2015. Epidemiology. 2019
5. Anil C, Guney T, Guroy A. The prevalence of benign breast diseases in patients with nodular goiter and Hashimoto's thyroiditis. J Endocrinol Invest 2015; 38: 971-5.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХБП III-IV СТАДИИ И ИХ ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Юлдашев Т.Р., Жуманазаров С.Б.

Ташкентская медицинская академия

Исследования показали, что у больных с хронической болезнью почек чаще встречаются эрозивные изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке и, следовательно, развитие язвенной болезни. Наиболее распространенной причиной этого является уремическое состояние крови, ульцерогенное действие хеликобактер пилори, а также повреждающий эффект слизистой желудка длительно использованных при лечении основного заболевания нестероидных противовоспалительных препаратов и гормональной терапии. Поэтому, желательнее использовать противоязвенные препараты в составе патогенетической терапии хронической болезни почек. Эта терапия имеет решающее значение для предотвращения возможных осложнений в будущем и улучшения качества жизни пациентов.

Цель и задачи. Изучить состояние поражения желудочно-кишечного тракта у больных ХБП III-IV стадии и их пути коррекции.

Материалы и методы. В исследовании будут принимать участие 40 больных с желудочно-кишечного тракта при ХБП III-IV стадии, находящиеся на лечении в отделении нефрологии III клиники Ташкентской Медицинской Академии с последующим амбулаторным наблюдением. Длительность исследования составит 30 дней. Контрольными точками будут являться первый, десятый, тридцатый дни. Всем больным будет проводиться базисное лечение согласно утвержденным национальным стандартам, включающие: диету, коррекцию водно-электролитных нарушений, артериальной гипертензии, ацидоза, а также антиагрегантную терапию, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие препараты и H_2 блокаторы. Результаты исследования будут обработаны статически с использованием критерия t Стьюдента для парных и непарных переменных.

Результаты исследования. Как показали полученные результаты, на 11 день госпитализации больных после завершения лечения больным III и IV стадии ХБП была проведена повторная ЭГДС. Как видно у больных 3 стадии ХБП после лечения прослежена положительная динамика: рефлюкс-эзофагит имелся у 2 из 8 пациентов (14,2%), катаральный гастрит имелся у 1 из 4 пациентов (7,14%), катаральный гастродуоденит имелся у 1 из 5 пациентов (7,14%), дуоденогастральный рефлюкс желчи имелся у 2 из 7 пациентов (14,2%). Эрозии различной локализации эпителизовались у 5 из 6, оставаясь лишь в желудке у 1 пациента (7,14%). Язва двенадцатиперстной кишки которая имелась у 1 пациента также эпителизовалась. После лечения у больных 4 стадии ХБП признаки рефлюкс-эзофагита сохранились у 3 из 11 пациента (18,75%), катарального гастрита у 2 из 7 (12,5%), катарального гастродуоденита у 2 из 8 (12,5%), дуоденогастрального рефлюкса у 4 из 13 пациента (25%). Эрозивный эзофагит исчез у всех больных, эрозивный гастрит сохранился у 1 из 6 пациента, эрозивный гастродуоденит у 1 из 3, эрозивный дуоденит у 1 из 5 пациента, язва 12 перстной кишки эпителизовалась у всех больных. На 8-10 неделю после проведенной эрадикационной терапии у больных III и IV стадии ХБП был проведен повторный анализ крови на наличие антител к инфекции *H. Pylori* (ИФА). До лечения *H. Pylori* был положительный у 10 из 17 больных 3 стадии ХБП, после проведенной эрадикационной терапии у 3 из 10 больных. Из них у 1 пациента титр снизился в 3 раза, у 1 пациента титр снизился незначительно, 1 пациента титр был на границе с нормой. Успех эрадикации составил 70%.

У больных 4 стадии ХБП после проведенной эрадикационной терапии у 8 больных из 12 титр *H. Pylori* снизился до нормы, оставаясь положительным у 4 больных. Из них у 2 пациентов титр снизился в 2 раза, у 1 пациента титр снизился незначительно, 1 пациента титр был на границе с нормой. Успех эрадикации составил 66,6%.

Вывод. У больных с ХБП эндоскопическая картина верхнего отдела ЖКТ носит разнообразный характер: рефлюкс-эзофагит, эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит, смешанные поражения, язва луковицы 12-перстной кишки; среди них ведущее место занимают эрозивный гастрит и смешанные поражения, на долю которых приходится по 10 и 75%, у больных III стадии ХБП, и по 25 и 80%. У пациентов с III-IV стадией ХБП наличие антител к *H. pylori* в крови встречается более чем в половине случаев: при III стадией 58,8% и в 66,6% при IV стадией ХБП. Наличие *H. pylori* ассоциируется с более выраженной активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка, способствуя тем самым возникновению эрозий и язв у пациентов III-IV стадией ХБП. Включение в комплексное лечение больных ХБП с поражением верхнего отдела ЖКТ, известных эрадикационных схем приводят к исчезновению эрозий, язв.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Юлдашев Ж.А., Тагаева М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчского филиала

Цель исследования: комплексное изучение психологических особенностей у пациентов с жировой болезнью печени различной этиологии.

Материалы и методы. Обследованы 32 пациента с жировой болезнью печени алкогольной этиологии (АЖБП), 30 пациентов с жировой болезнью печени неалкогольной этиологии (НАЖБП), контрольную группу составили 16 здоровых волонтера аналогичного пола и возраста. Диагноз стеатогепатита был подтвержден клинически и морфологически. Психологические особенности оценивались с помощью сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ). Каждый больной подписал «информированное согласие» на участие в исследованиях. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Профиль СМОЛ у обеих групп исследуемых пациентов статистически значимо не отличался. С профилем контрольной группы были выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) по шкалам: 1 – «невротического сверх-контроля», 4 – «импульсивность», 7 – «личностной (конституциональной) тревожности», 8 – «индивидуалистичность», 9 – «оптимистичность».

Выводы. Как показали исследования, психологические особенности пациентов с жировой болезнью отличаются от таковых у здоровых людей, но не отличаются между собой, несмотря на различную этиологию заболевания. Полученные нами данные указывают на высокий уровень эмоциональной лабильности, тревожности и психастении у пациентов с АЖБП и НАЖБП.

НОКУЛАЙ ЭКОЛОГИК МУХИТ ТАЪСИРИДА ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Юсупова У.У., Бобомуратов Т.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Сўнги йилларда аксарият касалликларни ривожланишида экологик омил сифатида нокулай экологик мухитнинг роли кўрсатиб ўтилмоқда. Ушбу илмий тадқиқот ишларда экологик бузилишлар сабабли касалланган болаларнинг сони кўпайганлиги, касалликларни оғирок ўтишини таъкидлаб ўтиш лозим. Хозирги кунда Орол бўйи худудида атроф- мухитни химик, токсик бирикмалар, атмосфера хавоси, ичимлик суви, тупроқнинг ифлосланиши далил сифатида ўз исботини топган.

Эрта ёшли болаларнинг касаллик структурасида ўткир ва сурункали бронх -ўпка касалликлари бронхитлар, пневмонияларни даволаш ва профилактик чора – тадбирларини олиб бориш соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўлинида долзарб вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади. Айниқса нафас йўлининг бу касаллиги болаларда йулдош касалликлар (рахит, камқонлик, озикланишнинг оксил –энергетик етишмовчилиги, гиповитаминозлар, гелментозлар, аллергик касалликлар) билан бирга кечганида тез-тез қайталаниши, чузулувчан шаклда кечиши ва болаларнинг иммун тизимини сусайтириши мумкин. Нафас йўллари касалликларининг эрта ёшдаги болаларда кўп учраши бола нафас аъзоларининг анатомио- физиологик хусусиятлари, боланинг иммунобиологик хоссаларига боғлиқдир.(Азгамова Ш.А 2006).

Текширув мақсади. Ўткир пневмония билан оғриган болаларда реабилитация тадбирларининг самарадорлигини ўрганиш.

Текширув материаллари. Текширув Хоразм вилояти Урганч шаҳрида жойлашган № 3- сонли оилавий поликлиникада 2018-2019 йилларда олиб борилди. Ўткир пневмония ташхиси қўйилган 6 ойдан – 3 ёшгача бўлган 60 нафар болалар кузатув остида бўлдилар. Болаларнинг 22% (37,3%) нафарида гелментоз 14 (22,8%) нафар болаларда камқонлик, 12% (19,2%) нафар болаларда атопик дерматит, 8 (13,7%) нафарида рахит, 7(12,6%) нафар болаларда озикланишнинг оксил энергетик етишмовчилигининг енгил даражаси кузатилган. Касаллик бу болаларда чузулувчан кечиши, тез-тез қайталаниши билан кечган. Реабилитация тадбирларига парhez сақлаш, организмни чиниқтириш, физиотерапевтик муолажалардан ультра бинафша нурланиш, массаж, электрофарез муолажаси ва витаминотерапия олиб бориш киритилган.

Олинган натижалар. Олиб борилган реабилитация тадбирларидан сўнг текширув натижалари шуни кўрсатдики, беморларда обструктив белгилар сезиларли даражада камайган, ўпкада нафас олиши яхшиланган. Болаларнинг ўсиш ва ривожланиши ЖССТ жадвали бўйича баҳоланганда ижобий натижаларга эришилган. Қондаги гемоглобин микдорининг сезиларли даражада ошганлиги кузатилган Олиб борилган реабилитация тадбирларидан сунг касалликнинг қайталаниши ва рецидивланиши камайган, болалар тез соғая бошлаган.

Хулоса. Шундай қилиб, мавжуд йулдош касалликларнинг ўз вақтида аниқланиши ва даво чораларининг реабилитация тадбирлари билан бирга олиб борилиши ўткир бронх- ўпка касалликларининг асоратсиз кечигиши ва қайта касалланиш ҳолатларини олдини олиб, тез соғайшига ёрдам беради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Юсупова У.У., Бобомуратов Т.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Ведущее место среди заболеваний у детей занимает патология респираторного тракта. У 26-33% детей респираторные инфекции протекают с клиникой острой пневмонии причем в 30-50% случаев он принимает затяжное, волнообразное течение (Ахмедова Д.И., Ашурова Д.Т. 2003, Самсыгина Г.А., 2006; Ботвиньева Е.А.,2007). Пневмония остается одним из наиболее широко распространенных инфекционных заболеваний с серьезным прогнозом. Пневмонии в до антибиотической период всегда были ведущей причиной детской смертности. За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении больных с тяжелыми пневмониями (Шамсиев С.Ш., Шабалов Н.П., 1978.). У пациентов детского возраста, в течение последних лет, пневмония занимают одно из ведущих мест в структуре бронхолегочной патологии.

Целью. Изучить особенности течения острой пневмонии с сочетанными патологиями у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 детей раннего возраста с внебольничной острой пневмонией, находившихся на стационарном лечении в ОДММЦ Ургенчского района. Для обследования детей применялись следующие методы: оценка внешних малых аномалий развития, опроса родителей, анализа данных первичных медицинских документов и изучение истории болезни.

Результаты и обсуждения. В нашем исследовании клиническая симптоматика острой пневмонии у обследованных детей была полиморфна. У 36 (40%) детей заболевания протекало малосимптомно, самым типичным симптомом 26 детей (29%), являлся влажный продуктивный кашель. Начало заболевания с абдоминальным синдромом началось у 18 детей – 16% и повышением температуры тела у 15 детей – 17%. У обследованных детей в анамнезе было частота заболеваний 2-3 лет, наблюдалась нарушение микробиотоза кишечника, в виде частого жидкого стула с непереваренной пищей. У 37% детей, от общего числа обследованных наблюдалось сопутствующая ЛОР- патологии (тонзиллиты 57%, отит 17%, фарингиты 42%) которые встречались у мальчиков в 2 раза чаще 67% против 37% девочек.

Выводы. Сочетанное течение внебольничной острой пневмонии с ЛОР- патологией и с нарушением микробиотоза кишечника болезни чаще наблюдалось у мальчиков, при этом определялась прямая зависимость от степени тяжести легочной патологии. Дети с нарушением микробиотоза кишечника получали терапию для восстановления дисбиоза кишечника. Для профилактики ЛОР- патологии дети направлялись на лечение по месту жительства.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Абдуллаев У.М., Хошимова Н., Қобилова М.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Хозирги кунда бутун дунё бўйича Цитомегаловирусли (ЦМВ) инфекция билан касалланиш ва бунинг натижасида аёлларда эрта аборт ва вақтида ҳомиладор бўлмаслик ҳолатларни келтириб чиқармоқда. ЦМВ хавfli гурухларига 5-6 ёшли болалар ва 15-30 ёшдаги катталар эканлиги ва улар орасида туғиш ёшдаги аёлларнинг кўпчиликини ташкил қилмоқда. Ушбу вирус билан зарарланиш ҳомиладорликнинг 1-3 ойликларида айниқса хавfli бўлиб, бу кўп ҳолатларда хомила тушиши билан якунланади. Ҳомиладорлик вақтида 35-50% аёлларда вирус билан касалланиш, 8-10% ҳолатларда эса инфекциянинг қайта фаоллашиши натижасида она ва бола ҳаётини хавф остига қолдирмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Репродуктив ёшдаги аёлларда цитомегаловирусларнинг учраш даражасини ўрганиш.

Текширув усули ва материаллари. Мазкур ишда 120 нафар репродуктив ёшдаги аёллар, назорат гуруҳи сифатида эса ЦМВ антителолари манфий натижа берган 40 нафар шу ёшдаги аёллар танлаб олинди, қон зардобидида цитомегаловируслар антителоларини ИФА ҳамда Экспресс тест усулида аниқланди.

Натижалар ва муҳокама. Тадқиқот учун танлаб олинган репродуктив ёшдаги аёлларнинг биринчи гуруҳи 20 нафар 16-18 ёш, иккинчи гуруҳи 40 нафар 19-22 ёш, учинчи гуруҳи 30 нафар 23-25 ёш, тўртинчи гуруҳи 15 нафар 26-30 ёш ва бешинчи гуруҳи 15 нафар 31 ёшдан ошганлар ташкил қилди. Қон зардобидидаги IgM ва IgG антителолар олдин Экспресс тест усулида аниқланиб ИФА усулида тасдиқланди. Текширув натижасида биринчи гуруҳда IgM 20%, IgG 50%, иккинчи гуруҳда IgM 15%, IgG 90%, учинчи гуруҳда IgM 26,7%, IgG 93,3%, тўртинчи гуруҳда IgM 20%, IgG 86,7%, бешинчи гуруҳ IgM 13,3%, IgG 40% антителолар аниқланди. Умумий кўрсаткич бўйича текширув гуруҳи аёллар қон зардобидида IgM 10,83%, IgG 77,5% эканлиги аниқланди. Ушбу натижалар оқибатида келиб чиқадиган хомила ва фарзанд кўришдаги асоратлар назорат гуруҳидагилар билан солиштириганда сезиларли даражада фарқ қилганлиги аниқланди.

Улуоса. Олинган натижалардан маълум бўлдики, репродуктив ёшдаги аёлларнинг 10,83%ида ЦМВ IgM ва 77,5%ида ЦМВ IgG антителолари аниқланди. Текширув натижалари таҳлил қилиниб ЦМВ вирусининг хомила ва хомиладорлик учун салбий таъсири ўрганилганда биринчи гуруҳ 15%, иккинчи гуруҳ 17,5%, учинчи гуруҳ 20%, тўртинчи гуруҳ 13,3%, бешинчи гуруҳ 20% эканлиги аниқланди. умумий гуруҳ учун эса бу кўрсаткич 17,5%ни ташкил қилди.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ COMBUR-TEST UX В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Адхамова М., Джураева Г.Т.

Ташкентская медицинская академия

Воспалительные заболевания органов урогенитальной системы у женщин, обусловленные патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, являются серьёзной проблемой в современной гинекологии в связи с высокой частотой заболеваемости в популяции и возможностью развития осложнений, связанных с репродуктивной функцией.

В настоящее время продолжают глубокие исследовательские работы по изучению влияния инфекций, передающихся половым путём на состояние шейки матки. Достаточен изучен вопрос о состоянии вагинального микроценоза здоровых женщин и патогенных механизмах колонизационной резистентности и вагинального биотопа.

Распространённость воспалительных процессов шейки матки, обуславливает необходимость поиска новых информативных методов диагностических мероприятий для своевременного выявления патологии. Имеющиеся на сегодняшний день высокоэффективные методы диагностики долгосрочны и, порой недоступны для отдалённой местности.

Цель исследования: Разработать алгоритм обследования женщин с цервицитами с внедрением нового метода экспресс-диагностики Combur-Test UX для снижения хронизации воспалительного процесса шейки матки.

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 109 женщин. Группу контроля составили 20 практически здоровых женщин без явлений цервицита. Проспективную группу составили 89 больных, которым на основании жалоб, клинико-лабораторных данных был выставлен диагноз цервицит и вагинит.

Использован метод экспресс-диагностики для определения в смывах цервикального канала содержания рН, количество лейкоцитов, эритроцитов, нитритов и кетоновых тел.

Результаты и обсуждения: Проведённые исследования экспресс-диагностики с использованием пластинок показали с ОЦ (острый цервицит) в смывах из цервикального канала наблюдается увеличение бактериальной обсеменённости, а также значительное смещение рН содержимого цервикального канала в кислую среду, что связано с наличием большого числа бактерий и развитием воспалительного процесса. На это же указывает высокий уровень кетоновых тел и выраженное увеличение количества лейкоцитов в цервикальном канале, показатели теста на 100% были подтверждены лабораторными исследованиями. Проведённое бактериологическое исследование содержимого и степени обсеменённости указывает, что в группе с ОЦ высокий уровень бактериальной колонизации встречался в 1,5 раза чаще, чем в группе с хронической инфекцией.

Выводы: При выявлении признаков цервицита острой или хронической формы клинического течения необходимо обследование согласно разработанного алгоритма, включающего помимо общепринятого гинекологического осмотра, бактериологического исследования, отделяемого из цервикального канала включать экспресс-диагностику с помощью Combur-Test UX, указывающим на степень бактериальной колонизации, которую можно провести в амбулаторных условиях и назначить соответствующую терапию для профилактики гинекологических осложнений, связанных с инфекционными процессами.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОДОНТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Алманова А.Ш., Ходжибеков М.Х.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Костные новообразования челюстно-лицевой области (ЧЛО) представляют собой один из самых сложных разделов костной онкологии. Обусловлено это тем, что опухоли данной области встречаются сравнительно редко и вследствие этого изучены недостаточно глубоко. В связи с этим вопросы своевременности и правильности их диагностики, а также выбора тактики лечения заслуживают особого серьезного внимания. Проблема дифференциальной диагностики некоторых доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО, несмотря на достигнутые в этой области успехи требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Целью данной работы был анализ результатов радиологических исследований у больных с верифицированными опухолями ЧЛО и околоносовых пазух, а также определение эффективности и достоверности соответствующих методов диагностики.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное изучение историй болезни и результатов радиологических методов визуализации 34 больных с доброкачественными и злокачественными костными опухолями ЧЛО и околоносовых пазух. Были взяты истории болезней пациентов, проходивших обследование и лечение с 2015 по 2017 годы. Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологическим исследованием. Исследования проводились в 3-й клинике Ташкентской Медицинской Академии и в Республиканском научно-практическом центре онкологии и радиологии.

Результаты и обсуждение. В первую очередь стоит отметить, что во всех исследованных случаях костных опухолей ЧЛО в качестве метода визуализации использовалась КТ. Было определено, что злокачественные опухоли локализируются в большинстве случаев в нижней челюсти: остеосаркома-60%, хондросаркома-66%, фибросаркома-50%. Остеосаркома демонстрировала наиболее агрессивный рост прорастая окружающие структуры: носовую полость и твердое небо-6,7%, верхнечелюстную пазуху-13,4%, орбиту-13% случаев. Саркома Юинга в 50% случаев прорастала кости орбиты, в то время как хондросаркома в 33% случаев-слюнные железы.

Внешний вид злокачественных опухолей имел во всех случаях схожие черты: неправильную форму, нечеткие контуры, неровные края. Стоит отметить, что во всех случаях плотность (аттенуация) образований была высокой. Наличие деструкции костной ткани определялась также в разной степени при все 4 типах злокачественных опухолей с наибольшей выраженностью при саркоме Юинга.

Для доброкачественных опухолей во всех случаях характерны такие общие черты как четкие ровные контуры, высокая интенсивность и отсутствие деструкции костной ткани. Тем не менее определялись специфические черты у определенных типов опухолей такие как вид «матового стекла» при фиброзной дисплазии в 100% случаев. Также ФД в отличие от остальных опухолей демонстрировала способность к прорастанию окружающих тканей: передней стенки гайморовой пазухи в 25% случаев и нижней стенки орбиты в 25% случаев. Отличительные черты в случае доброкачественных образований в основном определялись в их локализации. Так, ФД поражала в 50% верхнюю челюсть, а в 25% случаев нижнюю челюсть и лобную кость. Гигантоклеточная опухоль в 86% случаев поражала нижнюю челюсть, тогда как остеома в 70% лобную кость. Также следует отметить, что такой характерный признак злокачественных опухолей как агрессивная периостальная реакция не удалось распознать на КТ. По-видимому, это связано с тем, что кости в данной области не являются трубчатыми и гораздо мельче в размерах.

Заключение. КТ является наиболее эффективным методом визуализации костных опухолей ЧЛО, демонстрируя высокую достоверность при постановке диагноза. Опухоли имеют особенности при визуализации, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике доброкачественных образований от злокачественных.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Арипов Ш.Ш., Атаков С.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Усовершенствовать методы лечения сепсиса при гнойно-воспалительных заболеваниях, на фоне сахарного диабета.

Актуальность. Сепсис (инфекционное заражение крови) – это тяжелое патологическое состояние, которое описывается, как нахождение возбудителя (микроба или грибка) в крови. Происходящие специфические изменения хирургического сепсиса на фоне сахарного диабета создают благоприятные условия для возникновения и прогрессирующего развития гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Особенность течения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей на фоне сахарного диабета являются: стертость клинической картины, частое сочетание течения патологического процесса с развитием тяжелого сепсиса, полиорганной дисфункцией и высоким процентом летального исхода.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 27 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета, осложнённых сепсисом находившихся на стационарном лечении в Республиканском Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета, за период с 2015 по 2018 год. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей на фоне сахарного диабета, достигали сепсиса в 57,5% случаев, сопровождаясь 2-4 признаками синдрома системной воспалительной реакции. У 9,6% пациентов было констатировано наличие тяжелого сепсиса, а у 6,8% - септического шока.

Полученные результаты показали, что диагностические маркеры генерализации воспалительного процесса, наравне с признаками синдрома системной воспалительной реакции имеют информационную ценность, которую, несомненно, можно использовать при оценке эффективности проводимой терапии и профилактики развития сепсиса. При этом особенностью течения гнойно-воспалительного заболевания мягких тканей у больных сахарным диабетом является стер-

тость клинических признаков генерализации инфекции при достоверном наличии лабораторных данных по таким показателям как прокальцитонин и провоспалительные цитокины IL-1b, IL-6, TNF- α . Нами разработан интегральный способ прогнозирования генерализации инфекции у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета, который в свою очередь позволил унифицировать систему лечебно-диагностического и профилактического алгоритма ключевым аспектом в котором было применение специального препарата Г-КСФ Филграстима в целях профилактики генерализации гнойно-воспалительного процесса. На основании обследования полученные данные подвергаются компьютерной обработке, а полученные цифровые значения определяют конкретные тактические приемы.

Результаты: Таким образом, результаты лечений больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета показали, что в большинстве случаев были достигнуты хорошие (36,3%) и удовлетворительные (30,3%) результаты лечения. Они характеризовались положительным исходом лечения заболевания и частичным восстановлением трудоспособности. Отличные результаты были отмечены в 22% случаев, когда раневой процесс полностью заживал без дополнительного хирургического вмешательства с восстановлением анатомической структуры мягких тканей и трудоспособности пациента. Внедрение разработанного лечебно-профилактического алгоритма у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета, как и оценка эффективности применения препарата Г-КСФ Филграстима нами доказана еще тем, что его применение позволило избежать случаев неудовлетворительных результатов лечения и уменьшить частоту летальных исходов на 4,5%.

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛЮЧИЦЕ У ДЕТЕЙ

Ахмадалиев Ш.Ш., Тошбоев Ш.О.

Андижанский государственный медицинский институт

В рандомизированном исследовании приняли участие 98 детей в возрасте от 12 до 17 лет, одвергшихся оперативному вмешательству на ключице. 40 пациентам операция проводилась под УЗИ навигационной регионарной анестезией с использованием межлестничной блокады плечевого и шейного сплетения по оптимизированной методике. В качестве местного анестетика использовался 0,25 % раствор бупивакаина в дозе 0,68–0,8 мг / кг. Контрольной группе (n = 58) оперативное вмешательство проводилось под тотальной внутривенной анестезией. Результаты показали, что у 82,5 % детей в интраоперационном периоде и у 70 % детей в послеоперационном периоде межлестничная блокада являлась основным анальгетическим компонентом анестезии, не требующим дополнительного использования других анестетиков и анальгетиков.

Актуальность. Операции на верхней конечности у детей преобладают в общем числе травматологических и ортопедических вмешательств и составляют около 68 % от общего количества операций на конечностях. Это делает вопрос интраоперационного обезбоживания верхней конечности актуальным [1, 3]. До настоящего времени в детской анестезиологии анестезией выбора остается тотальная внутривенная и комбинированная ингаляционная анестезия с использованием опиоидных анальгетиков. Перечисленные виды анестезии имеют присущие им побочные реакции и возможные осложнения и не обеспечивают эффективное послеоперационное обезбоживание [2, 4]. Использование методов регионарной анестезии при данном виде оперативного лечения переломов костей ключиц позволяет обеспечить прерывание афферентной импульсации из зоны перелома в интра- и послеоперационном периодах [5].

Цель работы заключается в обеспечении эффективности анестезии и послеоперационного обезбоживания при хирургических вмешательствах на ключице у детей при внедрении в клиническую практику периферической блокады плечевого и шейного сплетений межлестничным доступом.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 98 больных в возрасте от 12 до 17 лет с диагнозом: перелом ключицы со смещением отломков, II степени операционно-анестезиологического риска. Всем детям было проведено оперативное лечение – открытая репозиция отломков ключицы с остеосинтезом спицей Киршнера. Операции проходили в экстренном порядке – в течение первых суток от момента получения травмы. Длительность оперативного вмешательства составляла в среднем $62 \pm 11,7$ (M \pm СКО) мин. В основной группе детей, в которую вошли 40 человек, оперативное лечение проводили под сбалансированной регионарной анестезией с использованием межлестничной блокады плечевого и шейного сплетений. Изучение анальгетической эффективности межлестничной блокады проводили как в интра-, так в послеоперационном периоде. Оценка послеоперационной анальгезии проведена на пяти этапах исследования (I – через 1 ч; II – через 2–4 ч; III – через 5–8 ч; IV – через 9–12 ч; V – при возникновении боли в течение 12–24 ч после окончания операции) по 5-балльной шкале боли и на основании показателей гемодинамики (ЧСС, САД). Для оценки эффективности анальгезии использовали стандартную 5-балльную шкалу боли: 1 балл – нет боли; 2 балла – слабая боль; 3 балла – умеренная, но терпимая боль; 4 балла – выраженная, нетерпимая боль; 5 баллов – очень сильная, невыносимая боль. Исследование проводили врач-анестезиолог, дежурный хирург-травматолог и дежурная палатная медсестра. При уровне боли 2 балла осуществляли внутримышечное обезбоживание комбинацией препаратов: димедрол и метамизол.

Результаты и обсуждение. Начало симпатической блокады у 86 % детей отмечалось на 5–6-й мин от инъекции бупивакаина, у 10 % – на 7–9-й мин, у 4 % – на 3–4-й мин. Начало развития сенсорного блока у 84 % детей отмечалось на 8–10-й мин от введения анестетика, у 11 % – на 14–15-й мин, у 4 % – на 18–20-й мин, у 1 % – на 5–6-й мин. Полное развитие сенсорного блока у 89 % пациентов было зарегистрировано через 30 мин от проведения анестезии, у 8 % детей – через 35–40 мин, у 3 % – через 20–25 мин. Полная блокада для проведения хирургического вмешательства развивалась через 32 ± 4 мин после введения анестетика в периневральное пространство. Послеоперационный болевой синдром был зарегистрирован у 93,5 % детей из контрольной группы уже в первые 5–6 ч после хирургического этапа лечения. Обезболивание после операции проводилось в обеих сравниваемых группах. В основной группе у 30% детей обезболивание с использованием (димедрол + метамизол) внутримышечно проводилось однократно через 9–12 ч после операции (10,5–13,5 ч после блокады), исключением был 1 ребенок, которому проводилось 4-кратное обезболивание. В контрольной группе больных анальгезия (димедрол + метамизол) проводилась у 93,5 % детей, из них у 87,5 % через 2 ч, у 6 % через 5 ч после операции. Повторное использование анальгетиков понадобилось 48 % детей из контрольной группы через 9–12 ч после операции. За время проведения исследования не было зарегистрировано ни одного осложнения, связанного с проведением межлестничной блокады.

Выводы. Межлестничная блокада плечевого и шейного сплетений является эффективным методом анестезии при открытых репозициях ключицы у детей. У 82,5% детей в интраоперационном периоде и у 70% детей в послеоперационном периоде межлестничная блокада была основным компонентом анестезии, не требующим дополнительного использования других анестетиков и анальгетиков. Период эффективной послеоперационной анальгезии после однократного введения местного анестетика составляет у 97,5% больных 10 ч, у 70% – до 24 ч.

Литература

1. Айзенберг В. Л., Цыпин Л. Е., Михельсон В. А., Блаженков М. Б. Регионарные анестезии у детей – концепция, преимущества и общие принципы // Анестезиология и реаниматология. 1998. № 1. С. 22–24.
2. Айзенберг В. Л., Цыпин Л. Е. Регионарная анестезия у детей. М.: Олимп, 2001.
3. Бастрикин С. Ю., Овечкин А. М. Регионарная анестезия в травматологии и ортопедии. Регионарная анестезия и лечение боли: Тематический сборник. Москва–Тверь. 2004. С. 239.
4. Даленс Б. Блокада периферических нервов у детей. Освежающий курс лекций. Вып. № 5. Архангельск–Тромск, 1998.
5. Майер Г., Бютнер Й. Периферическая регионарная блокада/ Пер с англ.; под ред. П. П. Камчатного. – БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШНИИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИ РОЛИ.

Бердиев Э.А., Турабаева З.К.

Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали.

Муаммони долзарблиги: Ҳозирги замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири қорин бўшлиғи битишма касаллиги ҳисобланади.

Қорин бўшлиғида битишмалар пайдо бўлиши, қорин бўшлиғи органларини йирингли яллиғланиш касалликлари, травмалари, қорин бўшлиғида ўтказилган хирургик операциялардан сўнг ҳосил бўлиши билан характерланади.

Тадқиқотимиз мақсади: Болаларда ўткир битишмали ичак тутилиши даволаш ва диагностикасида эндовизуал лапароскопик хирургияни қўллаш самарадорлиги, қулайликларини баҳолашдан иборат.

Материал ва текшириш усуллари: Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2010-2018 йиллар давомида ўткир битишмали ичак тутилиши билан эндовизуал лапароскопик хирургик амалиётлар 57 та болаларда бажарилди. Улардан ўғил болалар-24, қиз болалар-33та бўлиб, ўрта ёшлари 5 ёшдан 17 ёшгача ташкил этиб, операция бўлган беморларни 37,8% ни ташкил этади. Эрта битишмали ичак тутилиши билан 57 бемор болалардан 10 бемор мурожаат қилган бўлиб, касаллик бошланиш муддати 4 соатдан 5 суткача бўлиб, ўртача 16,1±4,3 соатни ташкил этади. Хирургик тактика барча беморларда қабул қилинган клиник даволаш-диагностик алгоритм бўйича олиб борилди. Операциядан олдинги диагностика мақсадида клиник, лаборатор, рентгенологик, ва УТТ текширув усуллари билан иборат бўлди. Неинвазив диагностика босқичида битишмали ичак тутилишини икки асосий формаларини ажратдик: 1) Странгуляцион обструктив натижасида ичак пассажи бузилиши ва органда қон айланиши бузилиш белгиларини пайдо бўлиши 32 та беморда кузатилди. Бу беморлар стационарда мурожаат қилгандан сўнг 2-4 соат оралиғида операция муолажаси бажарилди.

2) Ўткир битишмали ичак тутилишини оддий формаси бўлиб, ичак пассажи бузилиши кузатилиб, органларда қон айланиши бузилишини клиник белгилари намоён бўлмаган беморлар 25тани ташкил этди. Бу беморларда ҳам консерватив даво муолажалари самара бермагандан сўнг 5-16 соат оралиғида хирургик амалиётлар амалга оширилди. Шулардан 9 тасида эндовизуал лапароскопик хирургик амалиёти бажарилди. Эндовизуал лапароскопик хирургик амалиётга ўткир битишмали ичак тутилишида ичак некрози белгилари аниқланса, перитонит, организмда чуқур сув-электролитлари ва кислота-ишқор мувозанатида ўзгаришлар кетганда қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланди:

Натижалар: Қорин бўшлиғига Вереш нинасини киритишда қорин деворидаги операциядан кейинги чандик атрофи УТТ текшируви ўтказилганидан сўнг стандарт бўлмаган жойиларидан, бунда ичак қовузлоқларини шикастлаб қўймаслик мақсадида, қорин бўшлиғи ички деворида битишмалар йўқ жойидан киритилишга ҳаракат қилинди. Қорин бўшлиғи видеолапароскопик ревизия қилинган 29(43,2%) беморларни ичак некрози билан-(5), ичак ҳаётлиги гумони билан-(6), қорин бўшлиғида кўпламчи битишмали конгломерати билан-(9), тарқалган битишмали жараёнлар билан-(7), ичаклар парези ҳисобига ингичка ичак қовузлоқларини кенгайтиши билан-(2) беморларда битишмали ичак тутилишини видеолапароскопик адгезиолизис ўтказишга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланди. 2(1,2%) та беморда ўткир битишмали касаллиги ташхиси тасдиқланмади. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан 38(55,6%) беморларни 32(47,3%) тасида битишмали ичак тутилишини видеолапароскопик усулда бартараф этишга эришилди. Бу беморларда операция маҳали ва операция кейинги даврларда эрта ва кечки асоратлар кузатилмади.

Хулоса: Болаларда ўткир битишмали ичак тутилишида видеолапароскопик адгезиолизис ўтказилиши операция шикастини камайтиради, қайта битишма ҳосил бўлиши хавфини 3,3 баробар пасайтиради, асоратларнинг камайиши, операция амалиётига кетадиган вақт, беморнинг физик активлигининг тикланиши, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайти ва яхши косметик самара қолдиради.

TO ESTIMATE ROLE OF INFECTIONS AMONG COUPLES SUFFERING FROM INFERTILITY

Gadoeva D.A. Magzumova N.M.

Tashkent medical academy

The relevance: The high part of all women diagnosed with subfertility have a tubo-peritoneal factor contributing to their condition. Most of these alterations in tubo-ovarian function come from post-inflammatory damage inflicted after a pelvic or sexually transmitted infection. A large proportion of patients suffering from pelvic infection contributing to their subfertility are undiagnosed to be having an infection. Chronic inflammation of the cervix and endometrium, alterations in reproductive tract secretions, induction of immune mediators that interfere with gamete or embryo physiology, and structural disorders such as intrauterine synechiae all contribute to female infertility. Infection is also a major factor in male subfertility, second only to abnormal semen parameters.

The aim: to reveal direct connection between infections and infertility in couples even there can be lack of symptoms and complaints of patients.

Materials and methods: there were taken 24 patients (couples) for the research. The age of patients were averaged to 25±0.5. We divided the patients into three groups in accordance their anamnesis, which means have they ever had pregnancy and delivery or not? First group included 8 women who never have been pregnant, at the same time second group consist of the same number of patients who have been pregnant, but it complicated with miscarriage. About 1/3rd of all researching patients were collected for the third group because of they had successful delivery one or more time in their anamnesis. During the examing these patients we have used following methods: to devide the patients inti three groups according to their anamnesis and complications; physical exam of patients; in order to estimate role of infection in infertility was choosen bacteriological exam of vaginal discharge, Triple smear (vaginal-cervical-endocervical smear); IFA

The results: turning to the details according to the results of choosen bacteriological exam of vaginal discharge, Triple smear (vaginal-cervical-endocervical smear); IFA the most common infection among our all researched groups were:

- Cytomegalavirus (1 group 37.5%, 2group 50% and 3 group 37.5%);
- Herpes symp. Virus (1 group 37.5%, 2group and 3 group 50%);
- Chlamydia trachomanatis (1 group 12.5%, 2group 25%, 3group 25%);
- Toxoplasma Gondi (2group 12,5%);
- U. Urealiticum (2 group 12.5%, 3 group 12,5%);
- Gardnerella (3 group 12.5%).

Moreover, one distinctive feature is that, in all three groups at the same time was found out cytomegalovirus in patients who was infected with Herpes symp. Virus.

Conclusion: overall, what stands out from the results is that, there is direct association between infection and infertility. The infections that lead to asymptomatic infections are more damaging as lack of symptoms prevents a patient from seeking timely medical intervention and consequently chronic damage to pelvic organs. Indeed, timely management of sexually transmitted or other infections goes a long way in preventing damage, disability, chronic pelvic pain, altered tubo-ovarian relationship and consequently helps in maintaining fertility.

Literature:

1. A Case Study of Recurrent Miscarriage Due to Uterine Anomaly at Orotta Referral Hospital by Asmara –Eritrea
2. 100-Cases-In-Obstetrics-And-Gynaecology Cecilia Bottomley and Janice Rymer
3. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ (СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ) КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) Утверждено Президент Российского общества акушеров-гинекологов академик РАН В.Н.СЕРОВ 28 декабря 2018 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Газиева Э.В., Салимов О.Р., Муратова Н.Д.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Исследованиями последних лет установлено влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы. У женщин в постменопаузе наблюдается быстрое снижение минеральной плотности кости (МПК) из-за дефицита гормона (эстрогена). Определена роль гипоэстрогемии у женщин в постменопаузальном периоде в развитии системного остеопороза и патологических процессов в тканях пародонта и твердых тканей зубов. Это проявляется в снижении высоты вершин межзубных перегородок, появлении очагов остеопороза в теле нижней челюсти, снижении плотности альвеолярного отростка. В частности, известно, что гормональные изменения, связанные с менопаузой, влияют на состояние полости рта из-за изменений в половых гормонах, таких как эстроген, прогестерон и тестостерон, которые влияют на секрецию провоспалительных цитокинов, которые участвуют в резорбции кости. Более того, рецепторы эстрогена в слизистой оболочке полости рта чувствительно реагируют на изменения уровня гормонов, что приводит к усилению воспаления в тканях пародонта. Рядом авторов F. Yalcin, S. Gurgan et al. отмечено положительное влияние заместительной гормональной терапии на состояние зубочелюстной системы у женщин в постменопаузальном периоде.

Целью исследования явилась оптимизация методов протезирования несъёмными ортопедическими конструкциями у женщин в период постменопаузы для увеличения срока их ношения.

Методы исследования: Всем пациенткам были проведены стоматоскопические методы обследования; стоматологический панорамный и дентальный рентген; лабораторное исследование состояния минерального обмена, лабораторные исследования (кальций общий Са, кальций ионизированный Са 2⁺, паратиреоидный гормон ПТГ, кальцитонин КТ), анализ на определение уровня эстрадиола в крови. Все исследования проводились в центральной лаборатории №3 клиники ТМА.

Результаты исследований. Для осуществления поставленной цели нами проведено комплексное исследование 15 женщин, в возрасте от 49 до 65 лет, которые после обследования были разделены на две группы: I группа – женщины в периоде постменопаузы с применением комплексного лечения; II группа – женщины в периоде постменопаузы без применения комплексного лечения. Нами были выявлены ряд клинических признаков, таких как: высокая интенсивность кариеса, значительное количество удаленных зубов, удовлетворительная гигиена полости рта на фоне минимально выраженных воспалительных поражений тканей пародонта, что может являться диагностическим критерием для выявления пациенток с низкими значениями минеральной плотности костей скелета. При проведении ортопедического лечения несъёмными конструкциями нами дополнительно назначались препараты кальция (остеогенон по 1 таблетке х 2 раза в день в течение 1 месяца, и в качестве ЗГТ нами применен препарат фемостон 1/5 по схеме).

Выводы. Исследования показали, что проведенное комплексное ортопедическое лечение несъёмными конструкциями с применением препаратов кальция и заместительной гормональной терапии у женщин в период

постменопаузы повышает эффективность протезирования и продлевает сроки ношения несъемных ортопедических конструкций.

EVALUATION OF EFFICIENCY OF AUTODERMOPLASTY AT POST-BURN CONTRACTURE OF FINGERS

Jalilova Z.sh., Tshaev O.r1., Djuraeva Sh.u.

¹Tashkent medical academy,

²Plastic and Reconstructive Microsurgery City Clinical Hospital 1

Topicality. Hand is a highly-specialized organ, described as the third eye with a great deal of delicate structures. Injury of any of those structures leads to functional deformation which in turn deteriorates routine actions. Burns are the most frequent cause of finger contracture. Besides, victims face disfiguring deformations which might disturb daily life of a person. One of the primary and most efficient methods of treatment of this pathology is surgery.

Goals. To evaluate efficiency of autodermoplasty at post-burn contractures of fingers.

Materials and methods. We have included into our research database 20 patients with diagnosis Post-burn flexure contracture of fingers, who were operated throughout 2019 in CCH-1, in the department of plastic and reconstructive microsurgery, which is a research base of Tashkent Medical Academy. The mean age of patients was 15,50±1,30, out of which 13 were boys and 7 girls. All patients had contracture as a result of a burn. From anamnesis, the conservative therapy prior to surgical intervention failed to facilitate recovery, burn occurred more than 12 months before. According to classification of burns contracture severity that was introduced by McCauley RL. 12 patients had 3rd degree of severity and 8 patients had 4th degree.

Patients with 3rd degree contracture experience lasted from 1 to 3 years, joint movement was moderate. Six patients with 4th degree had experienced contracture within 3 to 5 years, with moderate joint movement and according to X-ray investigation had partial ankyloses of joints. Remaining two patients with 4th degree of contracture experienced the latter around 8 years with poor level of joint movements due to accelerated pain syndrome including total ankyloses of joints on X-ray films.

All patients had surgical intervention after preliminary preparation and induced conduction anesthesia: Scar excision with autodermoplasty of fingers.

Outcome. Short-term efficiency of surgical intervention was analyzed after 1-2 months, long-term effects were evaluated after 12 months.

Early postoperative results of all 20 patients was assessed positively, neither of them had infection or rejection of transplanted tissue.

Autodermoplasty of twelve patients (60%) with contracture of 3rd degree was praised subjectively by patients or their relatives. Consequently, this group of patients was eliminated from further analysis. Out of 8 (40%) patients with contracture of 4th degree – 6 (30%) were satisfied by the results and are under dynamic observation. Two (10%) patients with initially poor joint movements and ankyloses of joints had secondary contracture, however of 2nd and 3rd degree and are expected to pass further treatment of impaired joints.

Conclusion. Thus, long-term results of autodermoplasty of fingers contracture of 3rd degree are more favourable and efficient than in those with 4th degree contracture, where patients initially had poor joint movements throughout a long period accompanied by joint ankyloses.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Иноятлов А.А., Сулейманов Ш.Р.

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии

Введение: стремительный рост суицидальной активности среди детей и подростков обуславливает раннее выявление и профилактику суицидальных тенденций у данного контингента населения. В проблеме суицидального поведения подростков одним из факторов, обуславливающих формирование и развитие этого способа поведения, усвоение его моделей, являются семейные отношения и стили воспитания (Абдуллаева В.К., 2019). Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств в силу несформированности антисуицидальных барьеров и отсутствия осознания всей ценности жизни у подрастающего поколения.

Цель исследования: изучить прогностические факторы суицидального риска у подростков с поведенческими нарушениями и депрессивными расстройствами.

Материал и методы: обследованы 80 подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10-F91.2. Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии. Для определения степени выраженности суицидального риска была использована «Шкала суицидальных интенций Пирса», для определения характерологических особенностей подростков - тест ПДО Личко.

Результаты исследования и обсуждения: в ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера

и патологическому формированию личности. Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациентов с помощью патохарактерологического диагностического опросника Личко были выявлены акцентуированные черты характера, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. Среди всех обследованных истероидный тип личности встречался у 8/ больных (10%), психастенический тип личности у 20 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (38 обследованных), эпилептоидный тип у 11 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Установлено наличие только суицидальных мыслей у 55% обследуемых, суицидальных мыслей с подготовкой и планированием у 20% обследуемых, 25% подростков с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки отравления. Аутоагрессивное поведение возникало под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Выводы: таким образом, проведенное исследование прогностических факторов риска формирования суицидальных тенденций у подростков, определило, что стили неправильного родительского воспитания способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации личности подростков, с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ МИОМЫ МАТКИ

Ирназарова Д.Х., Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Миома матки в структуре гинекологической заболеваемости занимает второе место после воспалительных заболеваний органов малого таза, частота ее составляет от 20 до 77 % (Бадмаева С.Ж. и соавт, 2019, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 389, October 2019). У 30 % женщин миома симптомная (Dong Zhao, et al 2013), которая оказывает большое влияние на качество жизни пациентки (Luiz Gustavo O.B. et al, 2014; Ren Jinhe, 2017). Потенциальный риск потери детородного органа при хирургической тактике лечения диктует разработку диагностических методов, с помощью которых необходимо прогнозировать течение и осложнения заболевания. Роль дуплексного сканирования в диагностике миомы матки даёт дополнительную информацию о миоматозных узлах, особенности васкуляризации, локализации визуализируемых сосудов, состоянии сосудистой резистентности маточных артерий и перифиброидно-го сплетения.

Цель исследования - изучить роль дуплексного сканирования бассейна внутренней подвздошной артерии (ВПА) и особенность их ангиоархитектоники при миоме матки.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось во второй клинике Ташкентской медицинской академии. Проведено проспективное исследование случай-контроль, включающее 152 женщин, которые разделены на контрольную группу (n=50) и основную группу (n=102). Основная группа больных была разделена на 2 подгруппы – 53 женщин с симптомной и 42 женщины с асимптомной миомой. Всем больным обеих групп проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование на аппарате «Sono-Scare SSI-5000» (Китай). Использовались трансабдоминальный доступ конвексный датчик 3,5-5,0 МГц, линейный 5,0-7,0 МГц и электронный датчик с фазированной решеткой - 2,0-2,5 МГц. Проанализировали кривые скоростей кровотока в ВПА, маточной (МА), яичниковой артерии (ЯА) и в доминирующем миоматозном узле с определением диаметра сосудов, линейного скорости кровотока (ЛСК), RI, PI и типа ангиоархитектоники перифиброидного сплетения (ПС).

Результаты и их обсуждение. Возраст нами обследованными женщин основной группы составил 19-55 лет, средний возраст в группах значимо не отличалось. Женщины с симптомной миомой основной группы (n=53) обратились с различной клиникой: превалировал симптом кровотечения и анемия у 83,01% (n=44), симптом быстрого роста – 9,43% (n=5), симптом тазовой боли (n=2) и бесплодие - по 3,77% (n=2) соответственно. По данным дуплексного сканирования у исследуемых женщин значительно не варьировал диаметр исследуемых сосудов ($p < 0,001$). Различия ЛСК: в ВПА выявлен в пределах нормы во всех группах, но в МА (144,3±24,8) ($p < 0,001$) и ПС (72,09±22,1 см/с и 62,17±5,07 см/с соответственно) ($p < 0,01$) выше, чем в контрольной группе, что говорит об усиленном кровоснабжении матки при наличии опухоли. Снижение PI во всех сосудах бассейна ВПА наблюдалась у женщин с симптомной миомой ($p < 0,01$); PI в перифиброидном сплетении основной группы внутри подгруппы значимых различий не выявлено (1,63±0,14 и 1,67±0,05 соответственно). PI в маточных артериях при миоме по сравнению у женщин контрольной группы оказались достоверно ниже ($p < 0,001$). Во всех исследуемых сосудах значительные различия показателя RI не выявлено, но в ПС отмечается несколько снижение RI у больных с миомой по сравнению со здоровыми женщинами (0,83 и 0,72 соответственно). При дуплексном сканировании перифиброидного сплетения выявлены 4 типа ангиоархитектоники у женщин основной группы. В подгруппе с симптомной ММ (n=53), у половины обследуемых женщин превалировал смешанный (49,05%, n=26) и у 1/3 - центральный тип кровоснабжения перифиброидного сплетения (28,3%, n=15), тогда как в подгруппе с асимптомной ММ (n=49) у более половины женщин превалировал аваскулярный (53,06%, n=26) тип перифиброидного кровотока. О выраженном пролиферативном потенциале миометрия при данных типах ангиоархитектоники может сви-

детельствовать наличию симптоматики заболевания в первой подгруппе. У 1/3 женщин в первой подгруппе отмечался интенсивный центральный кровоток в миоматозных узлах, которые подвержены оперативному методу лечения. Так, во второй подгруппе у женщин без проявления симптомов заболевания, минимальными оказались размеры матки и узлов при аваскулярном типе кровотока у более половины женщин (53,06%). Эта когорта женщин, которым проводилась динамическое наблюдение. При наличии периферического типа ангиоархитектоники перифиброидного сплетения возможна консервативная терапия. Анализ кривых скоростей кровотока у женщин при миоме, позволил установить, что у больных с миомой матки по сравнению со здоровыми женщинами снижены показатели PI, RI в маточных артериях и перифиброидном сплетении.

Выводы. По данным анализа дуплексного исследования кровотока, можно предположить, что ЛСК и RI в исследуемых сосудах, зависит от степени пролиферативного процесса миоматозного узла, что также дает возможность прогнозировать интенсивность роста опухоли и дальнейшей тактики ведения этих женщин. В зависимости от типа кровоснабжения узла возможна оценка роста при миоме, тем самым обеспечивая дифференцированный подход к лечебной тактике.

ИННОВАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Йулдашева Д.К., Атаков С.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: обосновать клиническую эффективность инновационных перевязочных средств в лечении гнойно-некротических ран у больных на фоне сахарного диабета.

Актуальность: Сахарный диабет – одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире. По данным ВОЗ сегодня от диабета страдают около 422 миллиона человек во всем мире. Гнойно-некротические раны являются одной из тяжелых форм осложнений сахарного диабета, приводящие к инвалидизации и летальности. Несмотря на мощный арсенал средств в местном лечении больных с различными формами хирургической инфекции мягких тканей, проблема лечения данных больных не теряет своей актуальности. Данной патологии подвержены наиболее уязвимые слои населения, и поиск доступных препаратов в лечении ран заслуживает особого внимания.

Материалы и методы: изучение доступности имеющихся перевязочных средств, позволил нам применять в лечении больных инновационных перевязочных средств, которые насыщены тем или иным препаратом и используются в зависимости от стадии течения раневого процесса. В частности: парапран – повязка изготовлена из крупноячеистой хлопчатобумажной марли, пропитанной парафиновой композицией и насыщена с диоксидином, химопсином, химотрипсином, хлоргексидином. Гелепран - на 70% состоит из воды и предназначена для ведения ран во влажном состоянии. Мягкая, эластичная структура покрытия позволяет хорошо моделировать повязку на ране, а прозрачность - контролировать рану. Гелепран поддерживает оптимальный для заживления уровень влажности, защищает рану от проникновения микробов извне. Воскопран - синтетическая сетка, не оставляющая в ране волокон. Сетка обеспечивает дренажный эффект для раневого экссудата и хороший воздухообмен. Пчелиный воск содержит большое количество аминокислот, минеральных веществ и витаминов. Органика воска воспринимается раной как активная ранозаживляющая среда, насыщены диоксидином и метилурацилом.

За период 2019 года данные повязки использованы у 27 больных с сахарным диабетом, у которых имелись гнойные раны различной локализации. Изучаемые больные были разделены на 2 группы. 1 – группа контрольная представлена 12 больными, которым на фоне комплексного лечения местно применялась мазь «Левомеколь». Вторую основную группу составили 15 больных, которым в состав комплексной терапии для местного лечения использовались инновационные повязки. Повязки, после санаций ран использовались однократно в виде аппликаций. При этом пациентам с гнойно-некротическими ранами в начальной стадии образования язвы применялась повязка ВоскоПран с мазью диоксида, а при индивидуальной непереносимости продуктов пчеловодства – повязка ПараПран с хлоргексидином. При обильных экссудациях применялась повязка ВоскоПран с мазью левомеколь в сочетании сорбирующей (марлевой или ватно-марлевой) повязкой.

Результаты: сравнительный анализ показал, что применение инновационных повязок обладает рядом преимуществ. В частности возможность проведения безболезненных смен повязок. Применение мази Левомеколь сопровождалось прилипанием марлевых ворсинок к ране и отторжение вызывало болевые ощущения. Возможность моделирования повязки в зависимости от площади раны. Насыщенные ферментативными препаратами повязки широко применялись в 1 фазе раневого процесса, когда из раны необходимо удаления раневого детрита, что облегчалось применением повязки с воскосорб. Применение повязки Гелепран на фоне ангиопатии у больных с сахарным диабетом приводило к созданию влажной, близкой к физиологичным условиям среды течения раневого процесса. Таким образом, применение инновационных повязок способствует ускорению эпителизации (регенерации) раневых дефектов, с уменьшением сроков лечения больных.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ И РЕТИКУЛЯРНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кадирова Д.Б., Каримов М.Р.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Улучшение результатов лечения больных с варикозно-расширенными и ретикулярно-расширенными венами путем выбора метода склеротерапии и используемых склерозантов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 45 пациентов с варикозно-расширенными и ретикулярно-расширенными венами нижних конечностей, у которых расширенные вены бедра и голени лечились методом склеротерапии с использованием микропенного или жидкостного склерозанта (0,5-1% этоксисклерола). Лечение проводилось на базе многопрофильной клиники ТМА в отделении сосудистой хирургии, в период с январь 2019 г. по ноябрь 2019 г.

Результаты и обсуждение. 45 пациентам проведены диагностика и лечение. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Из 45 пациентов, 16 ранее перенесли операцию флебэктомии по Бэбкокку большой подкожной вены, остальные 29 пациента с ретикулярно-расширенными венами и телеангиоэктазиями были первичными и обратились преимущественно по эстетическим соображениям. Пациенты после флебэктомии с оставшимися варикозно-расширенными венами имели диаметр не превышающий 5 мм, ретикулярно-расширенные вены имели диаметр до 2 мм. 16 пациентам с варикозно-расширенными венами более 2 мм в диаметре выполнена микропенная склеротерапия 1% раствором Этоксисклерола по методу Тессари, пациентам с ретикулярно-расширенными венами и телеангиоэктазиями проводилась склеротерапия жидкостным 0,5% раствором этоксисклерола, при необходимости курс лечения повторялся через неделю, но не более 3 раз за курс. По окончании лечения проводилась эластическая компрессия нижних конечностей бинтами средней растяжимости или чулками 1-2 класса компрессии в течение 3 недель. Пациенты повторно осматривались через один, три и шесть месяцев после проведенного лечения.

Выводы. Склеротерапия в комплексном лечении варикозно-расширенных вен нижних конечностей является высокоэффективным методом лечения. Микропенная склеротерапия является методом выбора при варикозно-расширенных вен (более 2 мм), жидкостная склеротерапия эффективный метод для избавления более мелких, в частности ретикулярно-расширенных вен и телеангиоэктазий.

ҚАЙТАЛАНУВЧИ ШОХ ПАРДА ЭРОЗИЯСИНИ ИАГ ЛАЗЕР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Камолов Б.С., Тўйчибаева Д.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Долзарблиги. Кайталанувчи шох парда эрозияси кўпинча ёш мехнатга лаёқатли беморларда учрайди. Бу ҳолат асосан герпетик кератит, курук кўз синдроми, миопия, аутоиммун офтальмопатия каби шох парда касалликларидан сўнг кузатилади. Шох парда кайталанувчи эрозияси бир неча ҳафтадан бир неча ойларгача кайталаниши мумкин ва яққол шох парда синдроми келтириб чиқаради. Шунингдек ананавий консерватив даволаш усуллари фақатгина симптоматик даво хисобланади. Консерватив даволашни кам самарадорлиги дори воситаларининг эпителиал стромал адгезиясига тасир кўрсата олмаслиги билан изохлади ва офтальмологлар олдида самарали даво усулини излаш вазифасини кўяди.

Тадқиқот мақсади. Кайталанувчи шох парда эрозиясини ИАГ лазер билан биргаликда комплекс даволашнинг самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот давомида шох парда кайталанувчи эрозияси билан оғриган 27 бемор 32 та кўз кузатилди Буларнинг қайси касалликдан кейин ривожланганиги нисбати қуйидагича: герпетик кератитдан сўнг – 14 кўз (44%), курук кўз синдроми билан – 12 кўз (37%), контакт линзадан фойдаланишдан сўнг 6 кўз (19%).

Беморларда касаллик авж олиш даврида офтагел фониди Laserex ND:YAG-лазер ускунаси ёрдамида 1064 нм тўлқин узунлиги 0,8-1,0 мДж, 4 нсек экспозицияда эрозия соҳасига ўртача 25-50 мартадан яқка лазер нури билан таъсирлантирилди. Муолажадан сўнг беморларга 1-2 томчидан 3 маҳалга 3-5 кунга корнерегель, ундан сўнг узоқ муддат томишига офтагель буюрилди.

Натижа. Беморларни 1 йил давомида мониторинг қилиш давомида 22 бемор 28 кўзда касалликнинг кайталаниши умуман кузатилмади. Қолган беморларда ҳам ремиссия даври сезиларли даражада узайди ва касаллик анча енгил кечди. Кератометрия, рефрактометрия натижаларида ўзгариш кузатилмади. Шунингдек беморларда Шриммер тести натижалари яхшиланди. Олдинги стромал ИАГ лазер корнеопунктура амалиёти шох парданинг чуқур қаватларида ҳеч қандай ўзгариш келтириб чиқармади. Усулнинг фақатгина маҳаллий таъсир қилувчи, осон бошқарилувчи, хафсизлиги тажрибада кузатилди.

Хулосалар. Олдинги стромал ИАГ лазер корнеопунктура усули даволаш самарадорлигини кескин оширди. Таклиф этилаётган усул хафсиз, ҳаммабоп хисобланади. Бу усул ИАГ лазер ускунасининг яна бир фойдали жиҳатини очиб берди.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ

Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Определить критерии анатомического и функционального состояния мочеточника у детей с врожденным уретерогидронефрозом (УГН).

Материал и методы. В основу работы положены результаты анализа обследования и лечения 184 больных с врожденным уретерогидронефрозом. Детей от 4 месяцев до 1 года было 7, от 1 года до 3 лет – 20, от 4 до 7 лет – 24, от 8 до 11 лет – 19 и от 12 до 15 лет – 14 больных. Использованы способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника, длины мочеточника и диаметров верхней, средней и нижней трети мочеточников.

Результаты. Математический анализ показал, что при уретерогидронефрозе в зависимости от возраста средние значения VMO при 2 степени колебались от $14,7 \pm 2,3$ до $47,3 \pm 10,5$. Показатели RMO равнялись от $1,1 \pm 0,4$ до $1,4 \pm 0,3$. При 3 степени имели значения от $67,4 \pm 7,7$ до $79,3 \pm 5,5$. Показатели RMO были равны от $1,1 \pm 0,4$ до $1,4 \pm 0,3$. Длина и диаметр мочеточника, в зависимости от степени заболевания также имели тенденцию к увеличению абсолютных чисел.

По данным рентгенологического обследования, при II степени уретерогидронефроза происходило выраженное расширение цистоидов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении, с формированием 1-2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН III степени, в связи с резким расширением и удлинением мочеточника, количество коленообразных изгибов длиной в 2-3 см. увеличивалось до 3-4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН

III стадия на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5-6 коленообразных изгибов длиной до 4-5 см.

Выводы. Проведенный математический анализ экскреторных урограмм и цистограмм позволил сделать следующее умозаключение. Рентгенопланиметрические данные увеличиваются в зависимости от степени УГН. В зависимости от возраста меняются такие показатели как длина мочеточника и объем обструктивно измененного мочеточника. Расширение диаметра мочеточника зависит от степени заболевания. Следовательно, обструктивно измененный мочеточник в зависимости от степени УГН с возрастом не расширяется, а удлиняется. Данные экскреторной урографии выявили, что чем выраженнее обструкция и старше ребенок, тем больше страдает почка и мочевые пути. Критериями оценки анатомического и функционального состояния органов мочевой системы при врожденном уретрогидронефрозе являются диаметр верхнего, среднего и нижнего сегментов мочеточника, его длины, RMO и VMO.

БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИГИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА НОРМАЛ ВА ТОПОГРАФИК АНАТОМИЯНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ

Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.З.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Академиямизда болалар хирургияси фани 2017 йилга қадар даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг 5-6 курс талабаларига ўқитилар эди. 5 босқичда болаларда учровчи туғма тараққиёт норасоликлари, 6 босқичда эса орттирилган хирургик касалликдан амалий машғулотлар ўтилиб, маърузалар тингланарди. 2017 йилда таълим 6 йилликка ўтилганидан кейин 6 курс машғулотлари қисқартирилиб, ўрнига мазкур факультетларнинг 1 босқич талабалари “Тиббиёт касбига кириш” деб аталувчи машғулотларга келадиган бўлдилар. Маълумки болалар хирургияси фани болалар анатомияси, физиологияси, топографик анатомияси ва оператив хирургиясини мукамал билишни талаб қилади. Шу боисдан клиникагача бўлган даврда ушбу талабаларни мазкур фанлардан теран ўқитиш клиник фанларни мукамал ўрганиш учун асос бўлади.

Мақсад ва вазифалар. Кафедрамизга келган 5 курс талабаларини нормал ва топографик анатомияни қай даражада билиши ва уларни болалар хирургиясини ўзлаштириш даражасига таъсирини ўрганишни мақсад қилдик.

Қўлланилган усуллар. Мақсадни амалга оширишда билимлар кўламини тестлар, оғзаки саволлар билан текширишни вазифа қилиб олдик.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Тестлар натижасида одам анатомиясидан билимлар даражаси қуйидагича тақсимланди: Тиббий – педагогика факультетидан 2 та гуруҳ (45 нафар) талабанинг 3 таси (6,7%) аъло (86-100 баллар оралиғи), 7 нафари яхши (71-75 баллар оралиғи), 24 нафари (53,3%) қониқарли (56-70 баллар оралиғи) ва ниҳоят 11 нафари (24,4%) қониқарсиз натижаларга эришдилар. Топографик анатомиядан олинган натижалар эса янада қайғулироқ бўлиб, 45 нафар талабанинг 1 нафари (2,2%) аъло, 5 нафари (11,1%) яхши, 13 нафари (28,9%) қониқарли ва ниҳоят 26 нафари (57,8%) қисми қониқарсиз натижаларга эришдилар. Оғзаки сўров натижалари эса нисбатан юқори бўлиб нормал анатомиядан 7 нафари (15,6%) аъло, 10 нафари (22,2%) яхши, 12 нафари (26,7%) қониқарли, 16 таси (35,5%) қониқарсиз натижаларни кўрсатдилар. Топографик анатомиядан олинган оғзаки сўровномалар натижасида 3 нафари (6,7%) аъло, 8 нафари (17,8%) яхши, 15 нафари (33,3%) қониқарли, 19 нафари (42,2%) қониқарсиз натижаларни намоён қилди. Цикл охиридаги ОСКЭ ва тестда асосан пойдевор фанларни мукамал эгалламаган талабалар болалар хирургиясини паст баҳоларга яқунладилар.

Хулоса. Пойдевор фанлардан нормал ва топографик анатомияларни мукамал ўзлаштириш клиник фанлар, хусусан болалар хирургиясини теран эгаллаш ва келажакда яхши шифокор бўлиш учун замин тайёрлайди. Булғуси шифокорларда клиникагача бўлган фанларни қайта ёдига солиш ва клиник фанлар билан уйғунлаштириш учун таълимнинг инновацион усулларида горизонтал ва вертикал интеграцияларни кенг қўллаш лозим.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF THE PATHOLOGICAL COURSE OF MENOPAUSE

Komilova D. K., Sadikova D.R., Kayumova D. T.

Tashkent medical academy

Actuality: The increase in the average life expectancy of the population as a whole contributes to an increase in the proportion of the female population aged 45 years and older. This period of a woman's life is characterized as a period of the menopausal transition to a subsequent postmenopausal period.

Aim: A comparative assessment of the health status of women in the late reproductive, peri- and postmenopausal periods, as well as the identification of factors contributing to the pathological course of menopause has appeared.

Material and methods: 1484 women (mainly Asian nationality 1381 - 93.1%) aged 35-70 years were examined. Depending on the age, women were divided into 3 groups: 1 group - 35-44 years old, (n = 618) conditionally located in the late reproductive period; Group 2, 45-54 years old, (n = 627) - in perimenopause, and group 3, 55-70 years old (n = 239) - in postmenopause. All women underwent general clinical examination (general examination, anthropometry, measurement of causal blood pressure) and a special gynecological examination. In order to identify signs of CS and determine the degree of its severity, the scale of Kupperman Modified Menopausal Index (KMMI) was used

Results: The somatic status of women was most severely affected by goiter - in 588 (39.6%), gastritis - in 334 (22.5%), pyelonephritis - 313 (21.1%), anemia - 246 (16.6%), and significantly more often this pathology was noted in women in the late reproductive period ($P \leq 0.05$). While hypertension (HD) 272 (18.3%), depression 238 (16.0%), diseases of the respiratory system 220 (14.8%) and colitis 217 (14.6%) were more common in peri- and especially in postmenopause ($P \leq 0.05$). The overwhelming majority of women had pregnancy and childbirth in history - 96.5%, 70.5% had artificial abortions and 22% had miscarriages. The average number of pregnancies was 5.1 ± 0.06 , childbirth - 3.0 ± 0.03 , abortions - 2.6 ± 0.05 , miscarriages - 1.4 ± 0.05 . The ratio of birth: abortion: miscarriage averaged 2.5: 2: 1. Every tenth (10.8%) woman with a history of chronic adnexitis suffered, uterine fibroids were diagnosed in 175 (11.8%) (significantly more often in perimenopause - 105 (16.7%)), abnormal uterine bleed-

ing was observed in 97 (6.5%), in perimenopause - in 54 (8.6%). The average age of menopause was 46.7 ± 0.2 years, the duration of postmenopause was 6.8 ± 0.3 years (1-38 years). Surgical menopause was in 92 (6.2%) women, premature - in 49 (3.3%), early - in 150 (10.1%).

The clinic of the CS was observed in almost all women - 1369 (93.3%), while the 1 st grade CS was more common: in women of the 1st age group - in 426 (68.9%). The average severity of CS in peri- and postmenopausal women was observed 1.5 times more often - in 212 (33.8%) and 83 (34.7%), respectively, compared with women aged 35-44. Severe CS was noted much less frequently in all studied groups and amounted to 1.2% - in just 18 patients. The KMMI score showed predominance of the clinic of neurovegetative (18.9 ± 0.3 points) and psycho-emotional (8.2 ± 0.2 points) disorders in perimenopausal women, while metabolic and endocrine disorders were most pronounced in postmenopausal (5.3 ± 0.2 points). The total KMMI score was most pronounced in women in the peri- (31.6 ± 0.5) and postmenopausal (31.7 ± 0.79), compared with women of the late reproductive period ($P \leq 0.05$). The analysis of the course of pre-, peri- and postmenopausal showed a significant influence of social factors on the development of pathological menopause. So, CS was observed significantly more often among the residents of the city - 72.0 against 54.8% who do not have a CS clinic (OR = 2,1) women with higher education - 48.4 versus 33% (OR = 1.9).

Conclusion: The most significant predictors of CS are overweight and obesity ($BMI \geq 25$). The protective factors behind the development of a clinic at the Constitutional Court are the absence of the fact of marriage - 1.5 versus 5.2% (OR = 0.3) and medical education - 69.6 versus 79.1% (OR = 0.6), which is most likely associated with access to health care and awareness.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт

Врожденные пороки развития (ВПР) плода являются актуальной проблемой современного акушерства, в связи с влиянием их на частоту перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности детей. Для снижения числа рождения детей с тяжелыми, иногда несовместимыми с жизнью аномалиями развития в настоящее время используется программа пренатальной диагностики, включающая комбинированный биохимический скрининг и 3 этапа ультразвукового исследования (УЗИ) в 11-12, 20-24 и 32-36 нед. беременности.

Цель исследования: оценить эффективность пренатального скрининга для выявления ВПР плода.

Материал и методы. За 6 мес. 2019 г. ретроспективно проведен анализ 32 историй болезни и родов пациенток, у которых имело место рождение детей с ВПР. В 1 группе ($n=4$) выполнено прерывание беременности при сроке гестации 20 и 21 нед. по решению пренатального консилиума, во 2ой ($n=28$) имело место рождение детей при сроках гестации от 27 до 38 нед. (87,5%). Результаты исследования. Возраст беременных находился в пределах от 18 до 44 лет: 18-29 лет - 62,5% ($n=20$), 30-39 12,5% ($n=4$), старше 40 лет 25% ($n=8$). Первые роды предстояли 10 женщинам (31%), из них первобеременных было 4 (12,5%). Повторнородящими являлись 22 пациенток (69%). Диагноз ВПР плода, поставленный на основании УЗИ при сроке гестации до 22 нед., зафиксирован только в 4 случаях (12,5%). В большинстве наблюдений (75%; $n=24$) проведение пренатального скрининга не показало отклонений в развитии плода. А у 4 беременных (12,5%) пренатальная диагностика отсутствовала, в связи с тем, что они не наблюдались в женской консультации. В 1 группе показанием для прерывания беременности явились ВПР сердца и скелетная дисплазия у плодов. Во 2ой - у 6 женщин имело место рождение детей с множественными ВПР (22%), из них синдром Дауна диагностирован у 4 новорожденных (14%). Аномалии органов пищеварения выявлены у 2 детей (7%), костномышечной системы - у 8 (28%), мочевыделительной системы - у 2 (7%), порок сердца - у 2 (7%), пороки ЦНС - у 2 (14%), расщелина губы и неба - у 2 (7%), ВПР ушной раковины - у 2 (7%). В этой группе в 1 случае было мертворождение (7,1%), 10 детей (35,7%) требовали проведения реанимационных мероприятий и перевода на дальнейшее лечение в специализированные учреждения. Детальный анализ причин рождения детей с аномалиями развития показал недостаточную эффективность проведения УЗИ-скрининга в критические сроки в 75% наблюдений, а иногда и полное его отсутствие при беременности.

Заключение. Необходимо повысить эффективность проведения пренатального скрининга с использованием УЗИ-технологий экспертного класса и биохимических маркеров, что позволит своевременно диагностировать ВПР плода и решить вопрос о целесообразности прерывания данной беременности.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ

Курбанова З.Ш., Розикова Д.К., Ихтиярова Г.А.,

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

Актуальность: Проблема СПКЯ в настоящее время приобретает особую актуальность в связи с ухудшением демографической ситуации в стране и повышением частоты ожирения особенно у молодых, которая достигает 15,0-20,0%. Результаты многих исследований и повседневная клиническая практика привели к тому, что на протяжении последних десятилетий СПЯ стали рассматривать не только как гинекологическое заболевание, но и как метаболическое, связанное с высоким риском развития нарушений обмена глюкозы и липидов.

Цель: Изучить состояние липидного спектра у женщин, страдающих бесплодием на фоне синдрома поликистозных яичников.

Материалы и методы: В исследовании были включены 110 женщин с бесплодием различного генеза, в том числе 40 женщин с синдромом поликистозных яичников, 20 женщин, у которых бесплодие возникло вследствие гипоплазии матки и 40 женщин с эндометриозом. Группу контроля составили женщины с нарушенной репродуктивной функцией. В динамике менструального цикла и в процессе лечения определяли содержание эстрадиола, прогестерона, тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина в плазме крови радиоим-

мунологическим методом, а также липидный профиль. Биохимические исследования проводились на биохимическом анализаторе.

Результаты: В ходе исследования было выявлено достоверное повышение липопротеидов низкой плотности и коэффициента атерогенности, а также снижение липопротеидов высокой плотности у женщин с сочетанными формами бесплодия по сравнению с женщинами с ненарушенной репродуктивной функцией.

У пациенток контрольной группы было отмечено повышение уровня общего холестерина- $144,3 \pm 17,4$, тогда как этот показатель в основной группе составил $139,4 \pm 18,3$. Было отмечено также повышение концентраций триглицеридов и ЛПНП у пациенток основной группы- $78,2 \pm 9,4$ и $88,46 \pm 6,9$, соответственно. Что касается коэффициента атерогенности, то в ходе исследования было выявлено увеличение его у женщин основной группы, что составило $2,3 \pm 0,1$.

Вывод: Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что недостаточность лютеиновой фазы приводит к увеличению содержания в периферической крови ЛНП -плотности и коэффициента атерогенности, что может стать причиной развития метаболического синдрома у женщин с СПКЯ.

МИКРОБНАЯ КОНТАМИНАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ххоршани Б., Полевой В.П., Плегуща О.М., Сидорчук И.Й., Сидорчук Р.И.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Синдром диабетической стопы (СДС) и его осложнения гнойно-септического характера, являются одними из наиболее социально значимых заболеваний.

Цель данной работы – установить таксономический состав и микробиологические показатели возбудителей острых гнойно-воспалительных осложнений.

Обследовано 97 больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей стопы и голени кожи и подкожной клетчатки на фоне СДС. У 50 (51,55%) больных диагностированы инфицированные раны, у 47 (48,45%) хронические язвы, другие формы некрозов. Все больные подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Интраоперационно, или во время перевязки отбирали материал и не позднее 2-х часов осуществляли бактериологическое исследование с определением таксономического состава микрофлоры и её популяционных уровней.

Всего, у больных с СДС выделено и идентифицировано 197 штаммов условно-патогенных грамположительных (89,85%) и грамотрицательных (10,15%) бактерий. Коагулазоположительные *S. aureus* по индексу постоянства, частотой определения, индексу видового богатства по Margalef, индексу видового разнообразия Simpson и видового доминирования Berger-Parkeг являются главным в микробном группировании.

Таким образом, гнойно-воспалительные поражения мягких тканей при СДС являются полиэтиологическими процессами, которые вызываются грамположительными и грамотрицательными, факультативно анаэробными и аэробными бактериями со значительным преимуществом грамположительных кокков в ассоциации с другими условно патогенными микроорганизмами. По таксономическому составу, микробиологическим показателям, ведущими возбудителями острых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки являются *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *S. ruogenes* и *P. vulgaris*, *E. coli*, *E. coli* Hly + и *E. aerogenes* (1,05%).

ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ДАВО ЖАРАЁНИГА ТАРАФДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ЁШГА ВА ЖИНСГА БОЎЛИҚЛИГИ

Мавлянов С.И.¹, Бекенова Г.Т.²

*Тошкент Давлат стоматология институти,
Тошкент тиббиёт академияси*

Тадқиқот мақсади. Юрак қон томир касаллиги мавжуд беморларда даво жараёнига тарафдорлик даражасини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Юрак қон-томир касаллиги (ЮИК, ГК, САГ) мавжуд турли ёшдаги ва жинсдаги 57 та беморларда даво жараёнига тарафдорликни баҳолаш учун Мориски-Грин сўровномасидан фойдаланилди (тест 4 та саволдан иборат бўлиб даво жараёнига тарафдорликни баҳолайди). Мориски-Грин тести бўйича 4 балл олган беморлар даво жараёнига тарафдор, 3 балл- етарли даражада тарафдор бўлмаганлар, 2 ва ундан паст балл олганлар эса даво жараёнига тарафдорлиги мавжуд эмас деб ҳисобланган. Текширилганлар жинси бўйича аёл ва эркек гуруҳларига бўлинган. Ёш категориялари 21дан 30 ёшгача, 31дан 40 ёшгача, 41дан 50 ёшгача, 51дан 60 ёшгача, 61дан 70 ёшгача, 71дан 80 ёшгача ва 81 ёшдан катталарга бўлинган.

Олинган натижалар. Олинган натижаларга кўра, текширилувчиларнинг 21 таси эркек (36,9%), 36 таси аёл (63,1%) жинсига мансубдир. Ёш категориялари бўйича 20-29 ёш 1 та (1,7%), 30-39 ёш 3 та (5,2%), 40-49 ёш 8 та (14%), 50-59 ёш 16 та (28%), 60-69 ёш 21 та (36,8%), 70-79 ёш 8та (14%) ни ташкил этди. Мориски-Грин тести бўйича текширилатганлардан даво жараёнига тарафдорлар яъни 4 балл олган беморлар аниқланмади, сушт тарафдорлик яъни 3 балл олган беморлар 14 та (25%), тарафдорлик мавжуд эмас яъни 2 ва ундан паст балл олганлар 43 та (75%) ни ташкил этди. Текширилаётган беморларни ёш кўрсаткичидан қатъий назар жинс кесимида кўриб чиқадиган бўлсак, эркекларда сушт тарафдорлик 5 та (23,8%), тарафдорлик мавжуд эмаслиги 16 та (76,2%) ни ташкил қилди. Бу кўрсаткич аёлларда сушт тарафдорлик 11 та (31%), тарафдорлик мавжуд эмаслиги 25 та (69%) ни ташкил қилди. Текширилаётган беморларни жинсидан қатъий назар ёш кесимида кўриб чиқадиган бўлсак, 20-29 ёшда сушт тарафдорлик 1 та (100%), тарафдорлик йўқлиги аниқланмади, 30-39 ёшда сушт тарафдорлик 2 та (66,6%), тарафдорлик йўқлиги 1 та (33,3%), 40-49 ёшда сушт тарафдорлик 3 та (37,5%), тарафдорлик йўқлиги 5 та (62,5%), 50-59 ёшда сушт тарафдорлик 6 та (37,5%), тарафдорликни йўқлиги 10 та (62,5%), 60-69 ёшда сушт тарафдорлик 8 та (38%), тарафдорлик йўқлиги 13 та (62%), 70-79 ёшда сушт тарафдорлик 2та (25%), тарафдорлик йўқлиги 6та (75%) ни ташкил этди.

Хулоса. Юрак қон-томир (ЮИК, ГК, САГ) касаллигида даво жараёнига тарафдорлик даражаси қониқарлилиги яъни Мориски-Грин тести орқали 4 балл олганлар умуман мавжуд эмас. Текширилаётган беморларда жинсга ва ёшга боғлиқ

тафовутлар мавжуд. Беморларни ёш кўрсаткичидан қатъий назар жинс кесимида эркакларда нисбатан аёлларда тарафдорликни сустиги кўрсаткичи юқориқоқ ҳамда тарафдорликни пастлиги кўрсаткичи камроқ. Текшириляётган беморларни жинсидан қатъий назар ёш кесимида 20-29 ёшлар орасида бошқа ёш кўрсаткичларига нисбатан сусти тарафдорлик даражаси ва 70-79 ёшлар орасида тарафдорликни йўқлиги даражаси юқорилиги аниқланди.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Мамаджалилова Д.У., Акпербекова И.С., Абдуллаева Л.М., Нигматшаева А.Р.

Ташкентская медицинская академия

Эндометрит встречается преимущественно в репродуктивном возрасте, характеризуется длительным и малосимптомным течением, приводит к нарушению менструального цикла и репродуктивной функции, как правило, является причиной бесплодия, невынашивания беременности, осложнений течения беременности и родов. Хронический эндометрит (ХЭ) – заболевание, сопряженное с различными клиническими проявлениями, однако, несмотря на большое количество исследований, четко не выявлены патогномичные ему симптомы. Распространенность воспалительного процесса эндометрия окончательно не изучена и составляет в среднем 15%. Среди женщин с хроническим эндометритом 97,6% составляют женщины репродуктивного возраста, что подчеркивает особую значимость данной патологии с точки зрения влияния на репродуктивную функцию. Крайне важны данные о частоте заболевания у женщин с нарушением функций репродуктивной системы. У женщин с бесплодием хронический эндометрит встречается в 12-68% случаев, достигая своего максимума при наличии трубно-перитонеального фактора бесплодия.

Целью исследования является изучение и прогнозирование нарушений репродуктивной системы у женщин, перенесших послеабортный эндометрит и у женщин в диагностических целях, перенесших кюретаж полости матки.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами в проспективное исследование включено 210 женщин, обратившихся в гинекологическое отделение родильного комплекса города Андижана с по поводу потерь плода, неразвивающейся беременности, а также с различными гинекологическими жалобами на нарушения менструального цикла и репродуктивной функции, дисменорею, а также с патологией эндометрия по данным УЗИ. В основу работы положены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования пациенток репродуктивного возраста.

Результаты. Из 210 женщин в исследование включено 167 пациенток с морфологически подтвержденным ХЭ (I группа) и женщины без патологии эндометрия, условно здоровые женщины – группа сравнения (II группа). Анализ клинико-anamnestических данных показал, что в группах обследованных пациенток по возрасту статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$). Возраст варьировал от 18 до 45 лет.

По причинам обращения пациентки были разделены на два блока. Наиболее часто пациентки с ХЭ предъявляли жалобы на различные нарушения менструального цикла (87,4%), межменструальные маточные кровотечения (41,3%), продолжительность которых варьировала от 4 до 10 дней. При этом у 53,6% пациенток с данным симптомом выявлено сочетание ХЭ с эндометриозом (33%), миомой матки (13,0%) и другими гинекологическими заболеваниями (14,5%). Обильные менструальные ДМК отмечены в I группе в 31,1% случаях, во II группе – в 6,9% ($p = 0,001$).

Сочетание обильных менструальных и межменструальных маточных кровотечений у пациенток с ХЭ выявлено в 16,8%, при этом комбинация данных симптомов не встречалась ни в одном случае в группе сравнения ($p = 0,004$). Гипоменструальный синдром был диагностирован у 28 женщин с ХЭ (16,8%), при этом у 21 пациентки (75%) из них подтверждено наличие внутриматочных синехий различной степени выраженности. Дисменорея в I группе отмечена в каждом третьем случае. Анализ репродуктивной функции показал, что при ХЭ превалирует бесплодие, выявленное у каждой второй пациентки (52,1%), при этом длительность бесплодия варьировала от 1 до 17 лет и в среднем составила $4,5 \pm 0,52$ года. В I группе первичное бесплодие выявлено в 22,8% случаях, вторичное – 29,3%. ПНБ встречалось в 22,8% случаях.

В среднем число потерь беременности составило $1,7 \pm 0,12$ на пациентку, варьируя от 1 до 6. Неразвивающаяся беременность в анамнезе выявлены у 15 женщин с ХЭ (9%), в среднем $1,6 \pm 0,14$ на пациентку, варьируя от 1 до 5. Исследования показали, что при обнаружении микрополипов в эндометрии гистологические критерии ХЭ подтверждались в 91,5% случаев, а в условиях их отсутствия, ХЭ определился в 11,2%. Таким образом, анализируя эти данные, можно сделать вывод, что использование только гистероскопических критериев может привести к гипердиагностике, несмотря на то, что прогностическая ценность при гистероскопии составляют чувствительность 56%, специфичность 88%, положительная 95% и отрицательная 85%. Сочетание гиперемии, отека и микрополипов при данном методе имеет диагностическую точность 93,4%, подтверждая, что гистероскопия может быть полезным методом для диагностики ХЭ. Соотнесение результатов цитологической оценки метростриатов с данными морфологии показало наличие воспалительного процесса слизистой матки у 52 женщин без гистероскопического контроля при опорожнении полости матки.

Выводы. Хронический эндометрит является причиной нарушений репродуктивной функции и высоких показателей репродуктивных потерь при последующих беременностях. ХЭ диагностируется при обязательном наличии его клинических маркеров и морфологических признаков в эндометрии. В зависимости от представленности общепризнанных критериев воспаления в эндометрии выделены полная и неполные морфологические формы ХЭ. Дополнительными визуальными критериями ХЭ являются воспалительные микрополипы (41,8%), внутриматочные синехии (31,9%), неравномерная толщина эндометрия (36,3%), представленные в различных сочетаниях и выявляемые в 91,2% случаев при гистероскопии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В РАННИЕ СРОКИ

Мамаджалилова Д.Х., Саиджалилова Д.Д.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. По данным ВОЗ, в мире ежегодно производится от 20 до 30 млн. абортов, около 70-75% из них в I триместре. По результатам исследования, проведенного в рамках Объединенной программы по изучению аборта

(JPSA), частота осложнений при прерывании беременности зависит от метода прерывания. Значительным шагом вперед явилось создание синтетических аналогов простагландинов, обладающих гораздо большей активностью и продолжительностью действия. Сегодня с большим предпочтением вместе с мифепристоном используется простагландин мизопростол, что связано с его безопасностью, низкой стоимостью, доступностью, устойчивостью при комнатной температуре и простотой приема. В литературе остаются без ответа вопросы медикаментозных методов производства аборта в первом триместре.

Цель исследования: Оценка эффективности различных режимов медикаментозного аборта в ранние сроки беременности.

Материал и методы исследования: Обследованы 60 беременных. В зависимости от схем медикаментозного аборта сформированы следующие группы: в 1-ой группе (n=23) беременность прервана Мизопростолом 200мг сублингвально через каждые 3 часа четыре раза (всего 800мг); во 2-й группе (n=27) – беременность прервана мифепристоном 200мг per os и через 24 часа мизопростол 400мг сублингвально. Группу сравнения составили женщины (n=10), беременность которых прервана хирургическим методом. Исследуемые женщины были проинформированы о наличии медикаментозного и хирургического абортов. Приемлемость схем оценивали по наличию побочных эффектов и осложнений.

Результаты исследований: Результаты прерывания беременности показали, что при применении мизопростола схваткообразные боли отмечались у 75% женщин и имели более выраженный характер при больших сроках гестации (7 недель и более). Следует отметить, что более интенсивные боли наблюдались у первобеременных. Пик болевых ощущений отмечался после приема мизопростола и начинал спадать после изгнания плодного яйца. Женщинам, которым беременность была прервана комбинацией препаратов мифепристон+мизопростол боли не носили выраженный характер и отмечались у 42% женщин. Кровотечение сильнее, чем при менструации отмечались у 54,2% женщин при применении мизопростола и у 31,2% - при комбинации мифепристон+мизопростол. Следует отметить, что количество потери крови зависело от срока гестации (чем меньше срок, тем меньше кровопотеря). Однако длительность кровянистых выделений была продолжительней у пациенток, принимавших мизопростол и составляла в среднем 5-6 дней. Кроме того, в группе женщин, прервавших мизопростолом тошнота и рвота отмечалась чаще, чем при комбинации. Вышеуказанные побочные эффекты отмечались чаще у нерожавших женщин. Мизопростол иногда вызывал повышение температуры, но это было кратковременным. При исследовании возникли осложнения такие как, длительное кровотечение, неполный аборт. Так длительное кровотечение наблюдалось у 11,1% в группе женщин, получивших мизопростол и у 3,7% при комбинации мифепристон-мизопростол. Неполный аборт отмечался только у 8,3% пациенток 1-й группы. Им была произведена мануальная вакуум-аспирация или выскабливание полости матки.

Выводы: Учитывая вышеуказанные побочные эффекты и осложнения прерывание беременности в I триместре целесообразно комбинацией мифепристон-мизопростол, особенно при сроке гестации более 4 недель.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА.

Мансурова М.Ю., Узакова М.К., Бабажанова Г.С.

Ташкентская медицинская академия

Приобретенные сердечно-сосудистые заболевания у беременных женщин являются одними из наиболее часто встречающихся соматических патологий в период беременности. Диагностика и лечение данных патологий в период беременности представляют определенные трудности, связанные не только с ограничением возможностей диагностики, а так же с выбором доступных методов лечения.

Цель исследования: Сравнить индекс массы тела, возраст, паритет, а так же сроки выявления приобретенных патологий сердечно-сосудистой системы во время беременности у женщин с врожденной патологией.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили 30 беременных женщин, наблюдавшихся и рожавших на базе РПЦ с сентября по декабрь 2019 года в отделении патологии беременных и двух родильных отделениях. Для обследования пациентов мы применяли данные анамнеза, а так же измеряли их массу тела. Подсчет статистических данных осуществлялся при помощи MSExcel 2010.

Результаты: Средний возраст беременных женщин составил 25,1±8,1, средний индекс массы тела составил 28,6 (предожирение), средний паритет 2,09. Средний срок беременности, во время которой была обнаружена приобретенная сердечно-сосудистая патология в нашей выборке составил 21,5 недели. Хотим отметить, что данный срок соответствует периоду беременности, во время которого увеличивается объем циркулирующей крови в организме беременной женщины. За счет увеличения размеров матки, происходит смещение органов брюшной полости, сердце меняет свою электрическую ось, что служит причиной снижения сократимости миокарда. У 32% беременных женщин наблюдалось предожирение согласно их индексу массы тела, что также способствовало развитию приобретенной патологии сердечно-сосудистой системы.

Выводы: Этот ряд изменений у беременных приводит к тому, что сердечно-сосудистая система испытывает дополнительную нагрузку, которая и служит условием возникновения патологий сердца.

ЧАСТОТА КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Мирзамуродова Д., Абдувалиева С.М, Абдуллаева Л.М.

Ташкентская медицинская академия

Одним из наиболее важных аспектов современного акушерства и перинатологии является комплекс вопросов, связанных с операцией кесарева сечения у женщин с рубцом на матке. Возрастание частоты этой родоразрешающей операции наблюдается во всем мире, в том числе и в Узбекистане. Наряду с традиционными вопросами кесарева сечения (определением показаний, противопоказаний, условий и техники оперативного вмешательства, особенностями анестезиологического пособия, профилактики инфекционно-воспалительных процессов в послеоперационном периоде), его

частота сегодня стала отдельной проблемой. Согласно статистическим данным, за последние 10 лет в России она выросла почти в 2 раза (в 1995 году — 10,1 %, в 2005 году, по прогнозам, может достичь 17-18 %). Эти тенденции так же сохраняются в Узбекистане, где процент абдоминального родоразрешения достигает 22,5-23% у женщин с рубцом на матке.

Абсолютные показания для проведения кесарева сечения у женщин с рубцом на матке остаются достаточно консервативными «классическими», а относительные показания постоянно меняются, дополняются и расширяются. Прежде всего, это происходит за счёт увеличения количества первородящих старше 30 лет, возрастания частоты сопутствующих соматических заболеваний и их тяжести, внедрения в клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий. Кроме этого, большое количество операций в настоящее время выполняется в интересах плода. Часто вольная оценка данных обследования необоснованно определяет показания к операции. Много зависит от квалификации врача.

Основными показаниями для производства планового кесарева сечения у женщин с рубцом на матке являются: соматическая патология, осложнение беременности: преэклампсия, предлежание плаценты, фетоплацентарная недостаточность, показания со стороны плода, аномалии родовой деятельности, миопия высокой степени, тазовое предлежание, неправильное положение плода, узкий таз, состояние после ЭКО, по желанию, ВИЧ-инфекция. Известно, что ещё 2001 году состоялось заседание этического комитета Всемирной федерации акушеров-гинекологов (FIGO), который опубликовал заявление, в котором говорится, что врач не имеет права выполнять вмешательства, для которых нет медицинских и этических показаний. Желание женщины родить посредством кесарева сечения может быть связано, в частности, с безграмотной или с недобросовестной информацией, предоставляемой медицинским персоналом и прессой.

Для проведения операции кесарева сечения используют шовный материал, отвечающий всем требованиям (прочностью, стерильностью, ареактивностью, рассасываемостью, удобством для хирурга). Это — викрил, пролен, кетгуд и ряд других синтетических материалов.

Основными показаниями для производства повторной операции кесарева сечения в плановом порядке являются: сочетание рубца на матке с соматической патологией, в том числе сахарным диабетом первого типа, сахарным диабетом беременных, заболеваниями головного мозга, миопией высокой степени — 28,9 %; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, включающий указание на перинатальные потери, неудачные попытки ЭКО, длительное бесплодие в анамнезе — 16,6 %; предполагаемая крупная масса плода -15,7 %; отсутствие биологической готовности к родам при доношенном сроке беременности — 7,0 %.

В экстренном порядке оперативное родоразрешение было проведено в 38,7 % случаев. При этом основными показаниями явились: отсутствие биологической готовности к родам при преждевременном излитии околоплодных вод, угрожающий разрыв матки по рубцу, тяжелая преэклампсия. Основными показаниями для повторной экстренной операции кесарева сечения являются: отсутствие биологической готовности к родам при преждевременном излитии околоплодных вод — 47,2 %; угрожающий разрыв матки по рубцу — 18,05 %; тяжелая преэклампсия — 12,5 %; признаки нарушения функционального состояния плода — 12,5 %.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при оперативном родоразрешении беременных с рубцом на матке хирургическое вмешательство в большинстве случаев носит плановый характер. При этом показания для планового родоразрешения всегда являются сочетанные. Отсутствие биологической готовности к родам при преждевременном излитии околоплодных вод и клинические признаки угрожающего разрыва матки по рубцу (боль и болезненность в области послеоперационного рубца) явились ведущими показаниями для экстренного родоразрешения у женщин с рубцом на матке.

Результаты ретроспективного анализа позволяют считать, что одним из путей, позволяющих снизить частоту как первого, так и повторного кесарева сечения, является разработка эффективных методов подготовки мягких родовых путей к родам, а функциональная оценка нижнего сегмента с помощью современных методов исследования позволит обеспечить индивидуальный подход к родоразрешению и снизить процент экстренного родоразрешения в этой группе женщин.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ (НОЛЕР) В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мирхомидов М.М., Гиясов Ш.И., Махмудов А.Т.

*Ташкентская медицинская академия,
Республиканский специализированный научно-
практический медицинский центр урологии*

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ, аденома простаты) - одно из самых широко распространенных урологических заболеваний мужчин старшего, пожилого и старческого возраста. По данным различных источников, согласно ряда эпидемиологических исследований симптоматическая ДГПЖ наблюдается у 40% мужчин в возрасте от 50 до 60 лет, у 50 % - после 60 лет, и у 90 % - после 80 лет.

В настоящее время основным радикальным методом лечения ДГПЖ остается оперативный, среди многочисленных способов которого наиболее эффективным и популярным являлся трансуретральная резекция (ТУР) простаты, признанная в урологическом сообществе как «Золотой стандарт» оперативного лечения ДГПЖ. Тем не менее, при трансуретральной резекции ДГПЖ, произведенных даже опытными хирургами, могут возникать осложнения, опасные для жизни пациента. К ним относятся интраоперационная водная интоксикация (ТУР синдром), кровотечение различной степени тяжести, раннее послеоперационное кровотечение, инфекционно - воспалительные осложнения и склеротические процессы уретры и шейки мочевого пузыря с развитием инфравезикальной обструкции (ИВО). Использование лазеров для лечения ДГПЖ рассматривалось с 1986г., но было теоретическим до начала 1990х [Kandel L.B. et al, Johnson D.E. et al], когда, авторы [Shanberg A.M. et al] продемонстрировали использование лазера Nd:YAG для простатэктомии у 10 пациентов с ДГПЖ, что привело к значимому улучшению симптомов мочеиспускания. С развитием прямоугольных волокон, модификации технологий и техники выполнения вмешательств стали появляться сообщения о результатах исследований.

Цель. Метаанализ литературы по использованию Гольмевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) для радикального лечения ДГПЖ путем применения метода прогнозирования временных рядов.

Материалы и методы. Изучены материалы научных исследований, опубликованных за период 1998-2018г в электронном базе данных PubMed.

Проведенное исследование носило характер мета-анализа всех полученных данных во времени и по количеству опубликованных статей.

Результаты. Первые единичные публикации появились с 1998г. Начиная с 1998 по 2018 гг было опубликовано 370 статей, касающихся **HoLEP**. Во избежание погрешности и также для распределения на декадные группы нами были отсортированы статьи за последние 20 лет. Установлено что с 2010 года до настоящего времени картина становится радикально иной. Число публикации с 2009 по 2018 гг достигает 288. Пик числа опубликованных статей по внедрению Гольмиевой лазерной энуклеации простаты приходится на 2017 г: 49 публикаций по этой проблеме и далее информационный фон продолжает оставаться, на достаточно высоком уровне.

Метод прогнозирования временных рядов был использован с целью предсказания возможного числа публикаций в последующие годы. Тренд модели прогнозирования временных рядов достигла 55%, точность прогноза ($R^2=0.55$, $F(1)=82,86$, $p=0,0001$). Учитывая временные факторы, модель прогнозируем по **HoLEP** будущей декаде 605 ожидаемых публикации.

Заключение. Проведенный анализ показал, что в 2019-2028 годах ожидается продолжения углубленного изучения перспективы эндоскопической хирургии **доброкачественной гиперплазии предстательной железы**. Основное количество статей по видимому будут посвящены результатам радикального лечения ДГПЖ, как значимой проблеме, влияющей на качества жизни мужчин старше 50 лет в XXI веке.

DIFFERENTIATED HYPEROSMOLARY THERAPY IN CEREBRAL EDEMA IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Murotov TM. N., Djumabaev R. R.

Tashkent medical academy

Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is a clinical condition characterized by brain dysfunction that occurs when brain tissue is damaged by an external mechanical force, causing the brain to quickly change its position inside the skull, while the structure and functions of the brain change dramatically. TBI is a growing public health problem that has caused high mortality and long-term disability, especially among children and young people in middle-income countries. Cerebral edema with head injury is an unfavorable outcome and can lead to mortality up to 50%. One of the key strategies for treating intracranial hypertension is hyperosmolar therapy.

Objective: to study the pathophysiological aspects of cerebral edema and compare the effectiveness of using 15% mannitol solution and hypertonic 3.5%, 7%, 10% sodium chloride solution in the complex treatment of patients with head injury.

Materials and methods: 20 patients with mannitol and 3.5% sodium chloride solution, 10 patients with mannitol and 7% sodium chloride solution, 10 patients with mannitol and 7% sodium chloride solution, 22 patients and 28 patients with mannitol and 10% sodium chloride solution were examined with TBI (archived data) aged 18 to 68 years and a depression of consciousness from 4 to 13 points on the Glasgow coma scale (GCS) All patients underwent invasive monitoring of ICP by lumbar puncture with monometry. Lumbar puncture was performed at the level of L2-L4.

Results: infusion of mannitol in the indicated dosage led to a decrease in ICP after 30 minutes by 42.3%, and after 120 minutes it remained below the baseline by 23.9%. Infusion of a 3.5% NaCl solution already by the 30th minute led to a decrease in ICP by 48.6%, and by the end of 120 minutes the ICP remained below the initial data by 35.9%. Infusion of a 7% NaCl solution already by 30 minutes led to a decrease in ICP by 55.4%, and by the end of 120 minutes ICP remained below the initial data by 39.9%. Infusion of a 10% NaCl solution already by the 30th minute led to a decrease in ICP by 58.4%, and by the end of 120 minutes the ICP remained below the initial data by 45.9%.

Conclusions

1. Hyperosmolar solutions (15% Mannitol and 3.5%, 7%, 10% NaCl solution) cause a decrease in ICP within 55-40% in patients with head injury.
2. The decrease in ICP within 30 and 120 minutes after the introduction of hyperosmolar solutions is more pronounced with the iv introduction of 3.5%, 7%, 10% NaCl solution compared to 15% Mannitol in calculated dosages.
3. The use of infusion of 15% Mannitol solution and 3.5%, 7%, 10% sodium chloride solution is an effective method for the correction of intracranial hypertension in patients with head injury.
4. NaCl reduces the inflammation of neurons and has a positive effect on the integrity of the BBB in TBI.
5. Traumatic brain injury is a very complex and heterogeneous condition with a complex pathophysiological mechanism, with the correct use of treatment, it significantly improves functional results.
6. The use of 3.5%, 7%, 10% NaCl leads to a more significant and prolonged increase in the CPP and a prolonged decrease in ICP compared to a 15% mannitol solution.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГОЛЬМИЕВАЯ КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ (ТУРУЛТ) ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА

Наджимитдинов Я.С., Усмонов А.И., Хожанязов Ш.Р.

Tashkentская медицинская академия

Актуальность. Введение лазера гольмиевый, с его точным и мощным термическим литолитриптическим механизмом, профилем безопасности и способностью доставит лазерную энергию через небольшие гибкие волокна, открыли путь фрагментации всех типов камней во всех отделах мочеточника.

Цель. Оценить эффективность и безопасность трансуретрального ретроградного удаления камней - трануретральная ретроградная уретеролитотрипсия (**ТУРУЛТ**) из разных участков мочеточника с помощью гольмиевый лазера.

Материал и методы. В исследование было включено 44 пациента которые лечились с гольмиевым лазером ТУРУЛТ в период с 2018 года по 2019 года в РСЦУ Средний возраст пациентов составил 34.2 ± 8.4 лет (от 19 до 56).

Пациенты классифицировались по месту локализации камней как группа I (дистальные камни мочеточника, 26 пациента) и группа II (проксимальные камни мочеточника, 18).

Таблица. Характеристики пациентов

Мужчина/женщина	28/16
Средний возраст	34,2±8,4(от 19 до 56)
Расположения камня	
Проксимальный (верхняя треть)	18(40,9%)
Дистальный (нижняя треть)	26 (59,1%)
Размер камня, мм	
Проксимальный	12,4±2,6
Дистальный	10,2±3,8
Средний размер камня составлял	10,5±5.0 мм (5-20)
Длительность операции в минутах.	51±22 (от 30 до 70)

Пациенты I группы имели более крупные камни, чем группы II (12,4 мм против 10,2 мм, соответственно, $P < 0,05$). ТУРУЛТ выполняли с 8-Fr полуригидным уретероскопом под общим или спинальным наркозом. Был использован гольмиевый лазер с мощностями энергии от 1 до 2 Дж и импульсом от 10 до 20 Гц. Камень был фрагментирован с помощью лазером до 2 мм и меньше. Большие фрагменты удаляли с помощью щипчика, небольшие фрагменты были оставлены для спонтанного отхождения.

Результаты. Лечение было более успешным у пациентов с дистальными камнями мочеточника (96,0% против 79,4%, соответственно, $< 0,01$). Общая частота осложнений у обеих групп было одинаковым, и составил 6 случаев (13,6%). Из них 1 - гематурия, потребовавшая дополнительной инфузии и назначения диуретиков, 3 случая однодневной лихорадки до 38С, потребовавшей назначения жаропонижающих препаратов, 1 случай обострения инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях (острый простатит), один случай отек мочеточника, который потребовал дополнительное вмешательство – установку в мочеточник стента. Койка-день среди групп существенных различий не было и варьировалось от 3 до 5 дней со средним значением $3,4 \pm 0,4$ дней.

Выводы. Использование гольмиевый лазера для дезинтеграции камней мочеточника является эффективным и безопасным, особенно для камней расположенных дистально.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нишонова Ю.У., Саттарова К.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности. До настоящего времени не решен вопрос с индивидуальным прогнозированием риска невынашивания беременности на различных сроках. Недостаточно внимания уделяется профилактике самопроизвольных абортов с учетом определяемых факторов риска. Частота невынашивания беременности составляет 10-25%. Повышению частоты выкидышей способствуют раннее начало половой жизни, увеличение числа беременностей, широкое распространение инфекций, передающихся половым путем. Таким образом, невынашивание беременности не теряет своей актуальности в современном акушерстве.

Цель. Изучить основные причины невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ исхода беременности при малых сроках у 28 женщин, поступивших в 8 АГК с сентября по декабрь 2019г.

Результаты и обсуждение. Беременные преимущественно были в возрасте: старше 31 года 13 (46,5%), 22-30 лет - 10 (35,7%) женщин, младше 22 лет 5 беременных (17,8%). Первородных было 9 (32,1%), повторнобеременных - 19 (67,9%), из них 4-ая и более беременность была у 8 пациенток (28,6%). Из ЭГЗ чаще всего отмечалась ЖДА – у 10 (35,7%), хронический пиелонефрит – у 2 (7,1%), эндемический зоб – у 2 (7,1%) беременных. Из гинекологических заболеваний имели место хронический эндометрит – у 2 пациенток (7,1%), ИППП (ЦМВ, ВПГ, трихомоноз, гонорея, кандидоз) – у 18(64,2%).

Родственный брак выявлен в 2 (7,1%) случаях, вредные привычки в 2 (7,1%) случаях. Акушерский анамнез у 15 из 28 (53,6%) повторнобеременных был отягощен абортами – у 4 (14,3%), преждевременными родами – у 2 (7,1%), перинатальными потерями – у 1 (3,6%), неразвивающейся беременностью – у 2 (7,1%) женщин. При поступлении в стационар медикаментозный аборт производился в 2 случаях (7,1%) по поводу ВПР плода, в 17 (60,7%) случаях по поводу неразвивающейся беременности. Остальные 9 (32,1%) случаев беременные поступали в стационар с начавшимся самопроизвольным выкидышем.

Вывод. Причинами невынашивания беременности являются: ИППП (ЦМВ, ВПГ, трихомоноз, гонорея, кандидоз) – 64,2%, родственный брак 7,1%, повторные беременности с отягощенным акушерским анамнезом в 53,6% без предгравидарной подготовки. Для профилактики невынашивания беременности важно пройти предгравидарную подготовку к беременности.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ниязов Б.Ш., Махмудов А.Т.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Оценить диагностические возможности универсального вопросника в выявлении наиболее распространенных урологических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Пробное тестирование разработанного универсального вопросника осуществлено в Алмазарском районном медицинском объединении. Больные были приняты по обращаемости их для обследования и лечения по различным нозологиям. Обследовано всего 77 пациентов (средний возраст составил 39,6±1,21 лет).

Вопросник состоит из 33 вопросов, позволяющие выявить симптомы, специфичные для урологических заболеваний (МКБ, ИМТ и ДГП). Выясняли наличие или отсутствие симптомов урологических заболеваний, и сравнивали с результатами объективных методов исследования. Для определения надежности и обоснованности универсального вопросника в определении наличия симптомов урологического заболевания оценили его степень чувствительности, специфичности и точности. Достоверность информации, полученной при заполнении вопросника, оценивали путем сравнения с результатами объективных методов исследования.

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

Выводы: Таким образом, включение в комплекс диагностических исследований разработанного вопросника повышает эффективность и объективность диагностики наиболее распространенных урологических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОРТИКАЦИИ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

Номонов А.А., Наджимитдинов Я.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Оценить эффективность ретроперитонеоскопической (РП) декортикации кисты почек у пациентов с наличием симптомов патологии.

Материалы и методы. За период с января 2016 по декабрь 2018 года было выполнено РП декортикации кист почек у 78 пациентов. Мужчин было 56 (72%), женщины-22 (28%). Средний возраст больных составил 46,6±4,6 лет (диапазон 32-67 лет). Причиной обращения больных к урологу было: боль в поясничной области на стороне поражения (n=67), инфекция мочевого тракта (n=12), артериальная гипертензия (n=5) и гематурия (n=4). После ранее выполненной склеротерапии кисты почек рецидив выявлен у 12 (15%) пациентов. Средний размер кист составил 9,8±5,8 см (диапазон от 6 до 20 см). Кисты были расположены в нижнем сегменте у больных 16 (20,5%) пациентов, средней сегменте у 37 (47,4%) больных и в верхнем- в 25 (32%) случаях.

Результаты. Ретроперитонеоскопический доступ выполняли по стандартной методике. Резекцию стенки кисты осуществляли при помощи ультразвукового скальпеля у 4 больных, в остальных случаях использовали лапароскопические ножницы с биполярной коагуляцией. Во всех случаях выполнена частичная резекция стенки кисты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 104,2±12,6 минуты (от 56 до 190 минут). Интраоперационная кровопотеря была в среднем 50,4±0,6 мл (диапазон от 0 до 60 мл). Интра- и послеоперационных осложнений требующих дополнительных вмешательств не было. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем 2,5±0,1 день. Все больные были под наблюдением в течение 12 месяцев после вмешательства. Полностью избавлены от боли в поясничной области 62 (92,5%) больных, в остальных случаях интенсивность ее значительно уменьшилась и больные перестали принимать обезболивающие средства. После ликвидации кисты рецидива инфекции мочевого тракта не было ни в одном случае. Нормализацию артериального давления наблюдали у трех (60%) пациентов, однако в остальных случаях гипертензия сохранилась, однако стала более легко поддаваться лекарственной терапии. Эпизодов повторения гематурии не выявлено ни у одного из 4 пациентов.

Заключение. Длительное наблюдение за больными с симптоматическими кистами почек, подвергнутыми оперативному вмешательству, показало, что РП декортикации кисты является эффективным и безопасным вариантом лечения подобной патологии. После операции пребывание больного в стационаре не продолжительное и реабилитация происходит в очень короткий период времени.

КОРРЕКЦИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ

Нурметов С.Т., Хамраев А.Ш., Тугузов Б.Э.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Недоразвитие вертлужной впадины становится основной причиной развития прогрессирующей патологии тазобедренного сустава, именуемой как диспластический коксартроз. И патология эта занимает особое место среди ортопедических заболеваний в связи широким диапазоном пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении – от детей до пожилого возраста. Удельный вес диспластического коксартроза по литературным данным, составляет 40-87 % от общей патологии тазобедренного сустава [2]. Учитывая, что развитие артроза на фоне дисплазии тазобедренного сустава неизбежно, это побуждает продолжать поиски решения методов лечения данной патологии. У основной группы этих больных восстановление опорной и двигательной функции нижней конечности возможно только эндопротезированием тазобедренного сустава[3]. Деформация вертлужной впадины - распространенное проявление заболеваний и травм тазобедренного сустава. Она характеризуется наличием дефектов стенок вертлужной впадины и (или) костными разрастаниями — остеофитами. Деформированная вертлужная впадина затрудняет интраоперационную ориентацию вертлужного

компонента тотального эндопротеза тазобедренного сустава, а наличие выраженных дефектов уменьшает возможности фиксации имплантата [8-10]. Чем значительнее анатомические изменения вертлужной впадины, тем чаще для оптимизации фиксации требуется нестандартное размещение вертлужного компонента [11-15], приводящее к малопрогнозируемым изменениям биомеханики [16-18]. Предоперационное планирование тотального эндопротезирования в рутинной клинической практике проводится с использованием рентгенограмм тазобедренных суставов, выполненных в прямой проекции. Данная проекция хорошо изучена, стандартизирована и потому наиболее информативна как для предоперационного планирования, так и для оценки результатов эндопротезирования [1, 19].

Однако возникает немало трудностей для достижения стабильной установки чаши в недоразвитую впадину [4]. Важным моментом эндопротезирования является то, что патологические анатомические взаимоотношения при диспластическом коксартрозе требуют дифференциального подхода при имплантации компонентов эндопротеза [5]. При эндопротезировании тазобедренного сустава, несмотря на совершенствование технологии оперативного вмешательства, качества материалов для изготовления имплантатов и их дизайна [6,7], частота асептической нестабильности протеза довольно высока [7]. Основная причина неудач заключается в асептическом расшатывании компонентов эндопротеза. Проблема асептической нестабильности и пути ее устранения активно обсуждаются, начинаясь 70-х годов XX века [2,4]. Удовлетворительные исходы при эндопротезировании тазобедренного сустава первые годы после операции в 3% случаев связаны с техническими погрешностями, в 7% — с развитием инфекционного процесса, в 6% — с вывихом головки сустава. Асептическое расшатывание компонентов эндопротезов наступает в более позднем периоде [2-4,7]. По данным ведущих центров ортопедии 12 европейских стран (EUROHIP) уровень асептической нестабильности практически не имеет тенденции к снижению. Асептическая нестабильность компонентов эндопротеза доминирует среди неудовлетворительных исходов в отдаленные сроки. С целью профилактики асептической нестабильности компонентов эндопротеза тазобедренного сустава при деструктивно-дистрофических поражениях тазобедренного сустава авторами предложена методика обособления тенотомия сухожильной части m. iliopsoas и использованием интраоперационно способом определение центра ротации головки эндопротеза. Данной работе анализируется диагностика и особенности хирургического лечения 103 пациента, оперированных традиционным способом, и 91 пациентов, которым в ходе оперативного лечения выполнена тенотомия сухожилья m. iliopsoas. Использовались несколько моделей эндопротезов.

Цель исследования: Уточнить механизмы возникновения нестабильности компонентов эндопротеза и разработать метод профилактики подобных осложнений.

Материалы и методы: В отделение ортопедии многопрофильная клиника Ташкентская Медицинская Академии по поводу диспластического коксартроза оперированы 194 пациента, которым имплантированы эндопротез тазобедренного сустава. Женщин было 132 (67.8%), мужчин 62 (32.2%). Возрастной аспект составило от 30 до 72 лет (в среднем 40,2±0,7 лет). (таб. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Пол	Возрастные группы										Всего	
	31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		авс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Жен.	16	8,0	40	20,2	57	28,9	18	9,5	1	1,2	132	67,8
Муж.	3	1,7	14	7,3	39	20,1	6	3,1	-		62	32,2
всего	19	9,7	54	27,5	96	49	24	12,6	1	1,2	194	100

Для оценки степени дисплазии тазобедренного сустава использовалась классификация Crowe [9], согласно которой проксимальное смещение головки бедренной кости на расстояние менее 10% высоты таза (менее 50% высоты головки) соответствует I степени, на расстояние 10-15% высоты таза (50-75% высоты головки) – II степени, на расстояние 15-20% высоты таза (75-100% высоты головки) – III степени, на расстояние более 20% высоты таза (более 100% высоты головки) – IV степени дисплазии (таб.2.)

Таблица 2. Распределение больных по классификации Crowe

Степень	Число больных											
	Основная группа n-91						Контрольная группа n-103					
	жен		муж		итого		жен		муж		итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I степень	32	34,4	19	21,4	51	55,8	28	27,4	21	21,2	49	48,6
II степень	13	14,3	10	11,2	23	25,5	16	14,3	10	9,6	26	23,9
III степень	8	8,4	5	5,8	13	14,2	13	13,1	10	9,4	23	22,5
IV степень	3	3,1	1	1,4	4	4,5	3	3,3	2	1,7	5	5,0
Итого	56	60,2	35	39,8	91	100	60	58,1	43	41,9	103	100

Таким образом, степень тяжести заболеваний у наблюдавшихся нами пациентов была различной, но преобладали случаи с I-III степени гипопластическим коксартрозом диагностированные в 122 случаях 67.2%. Основная и контрольная группа были сопоставимы также по полу, возрасту, тяжести поражения сустава и по способу эндопротезирования. В клинической группе наблюдения у 178 (92.7%) пациентов в ходе рентгенологического и КТ обследования и предоперационного планирования нами было выявлено с диспластическим коксартрозом; краевой склероз, пологость крыши вертлужной впадины (уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга), грибовидная деформация головки бедренной кости с кистозными очагами и асептическим некрозом. У больных, долгое вре-

мя использующих костыли, на фоне дегенеративно-дистрофических изменений наблюдался остеопороз бедренной кости и атрофия мышц пораженной нижней конечности. Доминирующая часть больных состояла на учете у ортопедов с детства, регулярно получали курсы консервативного лечения, 11 из которых ранее были подвержены оперативному вмешательству (открытые вправления, опорные остеотомии Шанца, межвертельные остеотомии, формирование крыш вертлужной впадины). Вследствие недоразвития вертлужной впадины у этих пациентов наблюдался подвывих или вывих головки бедренной кости. Сопутствующая приводяще-сгибательная контрактура и ограничение движений в тазобедренном суставе затрудняло у них передвижение, походка была «утиной». У больных с односторонним поражением имела асимметрия длины конечностей от 1 до 9 см. Для замены сустава использовали эндопротезы Zimmer-75, Bioimplant(Италия)-28, DePuy- 72, Howmedica-15, гибридных конструкций в 4 случаях. К причинам, приводящим к расшатыванию вертлужного компонента, в ближайшие сроки после операции относятся: нарушение техники установки вертлужного компонента; неадекватный выбор размеров имплантируемого эндопротеза (например, маленький размер чашки эндопротеза и чрезмерная обработка фрезой вертлужной впадины); рубцовые изменения и неадекватный релиз [2]. В клинической картине рано появляется болевой синдром в зоне оперированного сустава и хромота. Пациент заново начинает использовать дополнительные средства опоры. Наиболее ценными для диагностики нестабильности вертлужного компонента являются рентгенография и компьютерная томография. Эти методы позволили количественно оценить реакцию различных анатомических зон вертлужной впадины на имплантацию эндопротеза. Клинически было важно исключить воспалительную реакцию организма на имплантат. Поэтому мы изучали вседоступные клинические и биохимические анализы. Пациентам из группы риска развития ранней асептической нестабильности исследовали уровень кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, паратгормона крови.

Техника операции: Операцию эндопротезирования тазобедренного сустава выполняли в положении на боку, под общей анестезией (11больных), комбинированной общей и спинномозговой анестезией (182). В целях обеспечения минимальной травматичности уже атрофированных мышц области тазобедренного сустава оптимальным сочли доступ по Хардингу, приоткрытом исследовании вертлужной впадины уточняли ее глубину, ориентацию относительно сагиттальной плоскости тела, состояние крыши и задней стенки. Несмотря на III степени дисплазии тазобедренного сустава по Crowe, чашку эндопротеза стремились установить по возможности соответствующему расположению, так как восстановление центра вращения головки, адекватного физиологическому, обеспечивает оптимальные условия функционирования всего пояса нижней конечности и самого имплантата. В 4 случаях установленная чашка под 43°, выступила своей 1/3 частью за пределы впадины. Наблюдения показали, что у большей части больных с дисплазией тазобедренного сустава, чрезмерно выражена антиверсия шейки, в связи с этим ориентацию бедренного компонента эндопротеза проводили по фронтальной плоскости. С целью облегчения низведения и вправления головки, декомпрессии и снижения трения компонентов, а также уменьшения давления между имплантатом и костью, производили «насечку» пластику сухожильной части m. iliopsoas (№ IAP 20100081). Для устранения же приводящей контрактуры выполнялась подкожная тенотомия приводящих мышц бедра.

Заводом изготовителем указано, что при бесцементном протезировании рашпиль меньше на 0,3 мм, чем ножка бедренного компонента, что обеспечивает его хорошую фиксацию. Также мы знаем, что ножка установленная методом пресс-фит, сидит в губчатой кости, где и происходит ее остеоинтеграция. Недостаточная обработка бедренного канала может стать причиной АН ножки, так же и обработка до кортикального слоя может привести к расколу бедра, так как на расширение на 0,3 мм не приемлемо для кортекса, он просто лопнет. В данном случае приходится полагаться на опыт хирурга, который определяет на слух, что ножка дальше не пойдет. Это приводит к тому, что если до операции мы планировали посадить ножку на определенный уровень и определили какую головку мы поставим. То после операции мы обнаружим, что мы несколько удлинени конечность (из-за того, что ножка не села до предполагаемого уровня). При определении длины головки можно ориентироваться диастазом, после вправления пробных головок. Однако, к примеру, у больных с дисплазией, которым было произведено низведение, с целью устранения укорочения, может отсутствовать диастаз, тогда как у больных приклонного возраста, из-за дряблости мышц этот диастаз между головкой и вкладышем недопустимо велик. Все это приводит к недовольствию больных по поводу разной длины конечности, а в отношении АН, мы также знаем, что разная длина конечности нарушает биомеханику походки, отрицательно влияющая на стабильность имплантов. С этой целью, чтоб интраоперационно корректировать погрешности предоперационного планирования в отношении подбора длины головки, нами предложено устройство (патент FAP 20190128) для интраоперационного определения центра ротации головки бедра. Данное устройство состоит из А-стержня, Б-стержня и соединительной штанги, стержни пересекаются строго перпендикулярно друг-к другу. Стержень А устанавливается в техническое отверстие, находящиеся в проксимальном отделе ножки эндопротеза, который служит для внедрения его в бедренный канал с помощью направителя. В таком положении стержень А находится параллельно ножки эндопротеза. Следующим этапом является установка стержня Б на стержень А, где стержень Б лежит перпендикулярно по отношению к стержню А. Установив один конец стержня Б на верхушку большого вертела, мы определяем уровень центра ротации головки на шейке ножки эндопротеза. Остается только подобрать соответствующую головку, центр которой совпадет с центром ротации на устройстве.

Результаты и обсуждение: Оценка результатов проводилась через 3, 6, 12 мес. после операции, далее ежегодно. При контрольном обследовании выполнялась рентгенография таза в прямой проекции и оперированного сустава в проекции Лаунштейна. Функциональные результаты оценивались по системам W.H.Harris[11].

Таблица 3. Результат оценки эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава. (шкала W.H.Harris)

Результат лечение (в баллах)	Отл. (100-90)		Хороший (89-80)		Удовлет. (79-70)		Неудовлет. Менее 69		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа	44	48	37	41	10	11	0	0	91	100
Контрольная группа	33	31.5	43	42.3	19	18	8	8.2	103	100

Из табл. 3 видно, что в основной группе отличные и хорошие результаты выявлено у 81 пациентов (88%). В контрольной группе - отличные результаты зарегистрировано только у 32 пациентов (31,5%) за счёт увеличения когорты с хорошими исходами. В этой группе удельный вес удовлетворительных исходов составил 19 пациентов (18%). Неудовлетворительных результатов в основной группе наблюдавшихся не было; контрольной группе они выявлены у 8 наблюдавшихся (8,2%). Из 103 оперированных больных по поводу диспластического коксартроза, у 13 (13,3%) больных выполнена ревизия области эндопротеза в сроках от 3 до 15 лет. Причем у 4 (4,12%) больных реэндопротезирование выполнено дважды. В 6 (6,18%) случаях произведена замена ножки эндопротеза (эндопротез Герчева), в 5 (5,15%) случаях замена чашки эндопротеза (эндопротез Герчева). В 5 (5,15%) случаях замена обоих компонентов. При протрузии чашки эндопротеза реимплантации выполнялась с костной пластикой дна впадины аутооттрансплантатом, взятым из гребня подвздошной кости. Немало технических хлопот возникают при низведении оперируемой конечности при ее III-IV степени дисплазии тазобедренного сустава по Growe. Насильственное вправление чревата тем, что при этом увеличивается давление головки эндопротеза во впадину, нарушая пространственную ориентацию компонентов эндопротеза, ускоряет асептическую нестабильность компонентов эндопротеза, кроме того приводит к напряжению передней группы мышц обуславливая резкое ограничение сгибания в коленном суставе. Для устранения или хотя бы уменьшения подобных негативных явлений необходимо выполнять «насечка» пластику сухожилия m. iliopsoas и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра. При этом появляется возможность устранения укорочения больной конечности, уменьшения компрессионного давления, профилактика асептической нестабильности компонентов эндопротеза, уменьшение износа трущихся поверхностей. При эндопротезировании тазобедренного сустава у больных с диспластическим коксартрозом существуют следующие неблагоприятные условия, которые отрицательно сказываются на прочности фиксации компонентов имплантата: дефекты бедренной кости и вертлужной впадины; отсутствие стенок вертлужной впадины; изгиб костномозгового канала; сужение проксимального отдела бедренной кости. Наличие вышеуказанных анатомических вариаций становится причиной укорочения конечности и смещения центра вращения сустава. При этом необходимо планировать установку вертлужного компонента с совпадением центра вращения эндопротеза с центром вращения сустава. Как мы видим при эндопротезировании тазобедренного сустава в условиях дисплазии возникают две проблемы: значительные изменения в биомеханике тазобедренного сустава и несоответствие формы и размеров обычных имплантатов к форме и размерам вертлужной впадины и бедренной кости пациента. Необходимо отметить, что успех тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, особенно при явлениях дисплазии, зависит от стабильности ацетобулярного и феморального компонентов эндопротеза при правильных их анатомических соотношениях. Правильные анатомические соотношения порой можно достигнуть только реконструктивными костно-пластическими вмешательствами в области вертлужной впадины и проксимального конца бедренной кости. Среди них важную роль играет восстановление уровня ротации головок по плоскостям. При этом достигается не только низведение бедра и декомпрессия сустава, которые устранению разрыва по линии Шентона и восстановлению длины конечности, но и нормализуют мышечный баланс, который усиливает отводящее, разгибающее и внутренне-ротирующее влияние ягодичных мышц.

Сравнительный анализ показал, что ближайшие, среднесрочное и отдаленные результаты (отлично 48%, хорошо 41%) первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов основной группы с коксартрозом поздних стадий по сравнению с контрольной (отлично 28,9%, хорошо 50,7%) Средней срок наблюдения составил 5,1 года. Свидетельствует о высокой эффективности применения разработанного способа тенотомии сухожилия m. iliopsoas. Преимущества метода: профилактика ущемление – механических остеолизис костных тканей вокруг компонентов эндопротеза, низведение оперированных конечности при ее дислокации.

Выводы:

1. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости необходимо выполнить «насечка» пластика m. iliopsoas и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра.
2. При наличии дефектов вертлужной впадины необходима реконструктивная операция до, или в момент эндопротезирования.
3. При установлении чашки в диспластичную впадину необходимо добиваться первичной стабильности тазового компонента эндопротеза.
4. При эндопротезировании тазобедренного сустава необходимо планировать установку компонентов эндопротеза с совпадением центра вращения эндопротеза с центром вращения сустава.

Литература:

1. Кавалерский Г.М., Серeda А.П., Мурылев В.Ю., Рукин Я.А., Гаврилов А.В., Архипов И.В. и др. 2D-планирование эндопротезирования тазобедренного сустава. Травматология и ортопедия России. 2015;(4):95-102. doi: 10.21823/2311-2905-2015-0-4-95-102.
2. Петров А.Б., Ковалева И.Д., Рузанов В.И. Способ ацетобулопластики при дисплазии тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения, профилактика и лечение / Материалы, меж.конгресса (5-7 октября 2004).- М., 2004. - С. 127.
3. Рибачук О.И., Кукуруза Л.П., Торчинский В.П. Тотальное эндопротезирование кульшового сустава при югодисплазии // Ортопед., травматол., 1999.-№1. - С.29-30.
4. Сергеев К.С., Катренко И.Н., Торопов Е.В., Кузнецов И.В., Марков А.А. Ошибки, осложнения и меры их профилактики при эндопротезировании тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии, ортопедии: Ошибки и осложнения- профилактика и лечение / Материалы меж.конгресса (5-7 октября 2004). -М., 2004.-С.151.
5. Тихилов Р.М., Шапавалов В.М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. - СПб, 2008. - 293 - 301.
6. Lachiewicz P, McCaskill B, Inglis A. et al. Total hip arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis two to eleven – year result. // J. Bone J Sur. - 1986. - Vol. 68A. - P. 502-508.
7. Radl R, Hungerford M. et al. Higher failure rate and stem migration of an uncemented femoral component in patients with femoral head osteonecrosis than in patients with osteoarthritis. // Act Orthop. Scand. - 2005. - Vol. 76, N 1. - P.49 - 55.
8. Zeng W.-N., Liu J.-L., Jia X.-L., Zhou Q., Yang L., Zhang Y. Midterm Results of Total Hip Arthroplasty in Patients With High Hip Dislocation After Suppurative Hip Arthritis. J Arthroplasty. 2019;34(1):102-107. doi: 10.1016/J.ARTH.2018.09.081.
9. Ling T.-X., Li J.-L., Zhou K., Xiao Q., Pei F.-X., Zhou Z.-K. The Use of Porous Tantalum Augments for the Reconstruction of Acetabular Defect in Primary Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2018;33(2):453-459. doi: 10.1016/J.ARTH.2017.09.030.

10. Zha G.-C., Sun J.-Y., Guo K.-J., Zhao F.-C., Pang Y., Zheng X. Medial Protrusion Technique in Cementless Total Hip Arthroplasty for Developmental Dysplasia of the Hip: A Prospective 6- to 9-Year Follow-Up of 43 Consecutive Patients. *J Arthroplasty*. 2016;31(8):1761-1766. doi: 10.1016/j.arth.2016.01.052.
11. Eskildsen S.M., Wilson Z.J., McNabb D.C., Olcott C.W., Del Gaizo D.J. Acetabular Reconstruction With the Medial Protrusion Technique for Complex Primary and Revision Total Hip Arthroplasties. *J Arthroplasty*. 2017;32(11):3474-3479. doi: 10.1016/j.arth.2017.05.037.
12. Greber E.M., Pelt C.E., Gililand J.M., Anderson M.B., Erickson J.A., Peters C.L. Challenges in Total Hip Arthroplasty in the Setting of Developmental Dysplasia of the Hip. *J Arthroplasty*. 2017;32(9):S38-S44. doi: 10.1016/j.arth.2017.02.024.
13. Montalti M., Castagnini F., Giardina F., Tassinari E., Biondi F., Toni A. Cementless Total Hip Arthroplasty in Crowe III and IV Dysplasia: High Hip Center and Modular Necks. *J Arthroplasty*. 2018; 33(6):1813-1819. doi: 10.1016/j.arth.2018.01.041.
14. Galea V.P., Laaksonen I., Donahue G.S., Fukui K., Kaneuji A., Malchau H., Bragdon C. Developmental Dysplasia Treated With Cementless Total Hip Arthroplasty Utilizing High Hip Center Reconstruction: A Minimum 13-Year Follow-up Study. *J Arthroplasty*. 2018;33(9):2899-2905. doi: 10.1016/j.arth.2018.04.037.
15. Berninger M.T., Hungerer S., Friederichs J., Stuby F.M., Fulghum C., Schipp R. Primary Total Hip Arthroplasty in Severe Dysplastic Hip Osteoarthritis With a Far Proximal Cup Position. *J Arthroplasty*. 2019;34(5):920-925. doi: 10.1016/j.arth.2019.01.032.
16. Komiyama K., Nakashima Y., Hirata M., Hara D., Kohno Y., Iwamoto Y. Does High Hip Center Decrease Range of Motion in Total Hip Arthroplasty? A Computer Simulation Study. *J Arthroplasty*. 2016;31(10):2342-2347. doi: 10.1016/j.arth.2016.03.014.
17. Rowan F.E., Benjamin B., Pietrak J.R., Haddad F.S. Prevention of Dislocation After Total Hip Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2018;33(5):1316-1324. doi: 10.1016/j.arth.2018.01.047.
18. Karaismailoglu B., Erdogan F., Kaynak G. High Hip Center Reduces the Dynamic Hip Range of Motion and Increases the Hip Load: A Gait Analysis Study in Hip Arthroplasty Patients With Unilateral Developmental Dysplasia. *J Arthroplasty*. 2019;34(6):1267-1272. doi: 10.1016/j.arth.2019.02.017.
19. Widmer D., Reising K., Kotter E., Helwig P. Correct Assessment of Acetabular Component Orientation in Total Hip Arthroplasty From Plane Radiographs. *J Arthroplasty*. 2018;33(8):2652-2659. doi: 10.1016/j.arth.2018.02.023.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЯ

Олимова Н.И., Нарзуллаев Н.У., Ихтиярова Г.А.

Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема инфекции у женщин, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в акушерстве и гинекологии в нашей стране изучается с начала 90-х годов. Выделены и описаны заболевания, являющиеся индикатором синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), изучена симптоматика поражения гениталия у ВИЧ-инфицированных больных женщин со СПИДом. [1,3,5]

В связи со значительным нарастанием количества случаев ВИЧ-инфекции вероятность контакта врача-гинеколога с ВИЧ-инфицированными пациентами увеличивается. При ВИЧ-инфекции часто имеют место различные проявления болезни с поражением органов гениталия. Гинекологам, как, впрочем, и другим специалистам, уже приходится принимать активное участие в диагностике, лечении ВИЧ-инфицированных лиц, профилактической работе, что, безусловно, потребует знания особенностей патологии органов гениталия при ВИЧ-инфекции (СПИД). [2,8,9,11]

Разнообразие клинических проявлений ВИЧ-инфекции обусловлено присоединением оппортунистических инфекций, среди которых наибольшее значение имеют грибковые, бактериальные и вирусные инфекции. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться гинеколог, это развитие острого вагинита. Вагинит относится к наиболее частым бактериальным инфекциям у женщин с нормальной иммунной системой, однако особенности течения этих заболеваний при иммунодефицитах изучены слабо. [4,12]

У лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита, грибковые инфекции, вызванные *Candida* spp. и *Cryptococcus* spp. встречались значительно чаще, чем у неинфицированных. В связи с тем, что у ВИЧ-инфицированных лиц обычно имелся клеточно-функциональный «дисбаланс» иммунной системы, у них регистрировались заболевания, вызываемые аспергиллами, пенициллами, мукорами и другими грибами [1,3,14]

ВИЧ-инфекция повышает риск поражения наружных половых органов вирусом папилломы человека, способствует более раннему и более частому развитию тяжелой формы дисплазии и рака шейки матки. При этом, чем выше степень иммуносупрессии и ниже уровень клеток CD4+, тем чаще выявляются высокоонкогенные штаммы ВПЧ и интраэпителиальные заболевания шейки матки, вплоть до рака. В то же время существуют противоположные мнения, утверждающие, что вероятность более частого возникновения интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки у больных ВИЧ-инфекцией не доказана. Таким образом, в мировой литературе подчеркнута негативная роль ВИЧ-инфекции в развитии тяжелых ВПЧ-индуцированных заболеваний шейки матки, таких как CIN и рак. Однако, несмотря на значительное число работ, представленных в зарубежной литературе, на сегодняшний день не существует единого мнения об особенностях патогенеза, терапии и профилактики интраэпителиальных повреждений у ВИЧ-инфицированных больных, а также четко разработанной тактики ведения ВИЧ-инфицированных пациентов, имеющих заболевания шейки матки [3,4,6].

Между тем наш собственный опыт и те немногие данные клинических исследований, которые имеются на сегодняшний день, говорят о том, что этот заболеваний, в острой, хронической и рецидивирующей формах, часто встречается у ВИЧ-инфицированных женщин, хотя в большинстве случаев этиологии, симптомы и течение этих заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин и у женщин с нормальной иммунной системой одинаковы, тем не менее затяжное, тяжелое или необычное течение этих инфекций, с частыми рецидивами, или выделение атипичных возбудителей (в том числе возбудителей оппортунистических инфекций) должны насторожить врача в отношении возможной ВИЧ-инфекции [13,14].

Это заболевание давно привлекало внимание гинекологов, особенно с тех пор, когда появились наблюдения и исследования, указывающие на связь острого вагинита с ВИЧ-инфекцией [6,7,10].

Цель исследования- изучение цитокинового профиля у ВИЧ-инфицированных женщин с острым вагинитом на фоне лечения.

Материалы и методы исследования. За период с января 2019 года по марта 2020 год под нашим наблюдением находились 35 женщин с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Исследование проводилось на базе СПИД центра, амбулаторно. Диагноз ВИЧ-инфекция устанавливался на основании приказа №480 Министерства Здравоохранения. Материалом исследования явилось 35 женщин за 2019-2020гг до 39 лет с ВИЧ-инфекцией и 20 женщин условно здоровые, контрольная группа.

Женщины обследовались вне зависимости от наличия жалоб, кроме стандартных методов исследования (общий анализ крови, мочи, бактериологический и биохимический исследования) нами было проведено всем ВИЧ-инфицированным женщинам тщательное гинекологическое исследование. (наличие жалоб и анамнеза, исследование мазка).

Больные получали традиционную противовоспалительную терапию в условиях стационара, в дальнейшем назначалась иммунокоррекция, для которой был использован отечественный Имунорикс (иммуностимулирующий препарат, пидотимод **оральный раствор 400 мг флакон 7 мл, № 10**, стимулирует и регулирует клеточный и гуморальный иммунитет, усиливает активность естественных киллеров и активирует фагоцитоз. Действие на гуморальный иммунитет увеличивает продукцию цитокинов). Препарат назначался в течение 1 месяца для восстановления и коррекции иммунитета.

Уровень цитокинов (ИФН γ , ИЛ-17) в сыворотке периферической крови изучали методом иммуноферментного анализа с использованием тест – систем «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке периферической крови у женщин с обострением воспалением гениталия (вагинита) представлены в таблице.

Анализ полученных результатов выявил наличие достоверных отличий между значениями группой контроля и женщин основной группы. Так, у здоровых женщин уровень ИФН γ равнялся $23,70 \pm 5,38$ пг/мл, тогда как у женщин основной группы данный показатель составил $82,80 \pm 25,07$ пг/мл. Таким образом, уровень ИФН γ у женщин с острым воспалением гениталия был повышен в 3,5 раза, что свидетельствовало о выраженности воспалительного процессанализа гнойных выделений из половых путей.

По данным литературы, источником ИФН γ служат активированные Т-лимфоциты и натуральные киллеры. Среди Т-лимфоцитов продуцентами интерферона гамма являются как цитотоксические CD8+, так и хелперные CD4+ клетки, однако при дифференцировке последних на T γ 1 и T γ 2 способность вырабатывать интерферон гамма сохраняется только Th1-клетки. Важнейшей функцией ИФН γ является его участие в опосредовании взаимосвязей между лимфоцитами и макрофагами и в регуляции соотношения клеточной и гуморальной составляющих иммунного ответа. Являясь основным продуктом T γ 1-клеток, ИФН γ снижает секреторную активность T γ 2-клеток. Таким образом, ИФН γ усиливает развитие клеточного иммунитета и подавляет проявления гуморального иммунитета. Следовательно, ИФН γ играет важную роль в иммунорегуляции, являясь ключевым цитокином клеточного иммунного ответа и ингибитором гуморального иммунного ответа.

Содержание провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у обследованных до и после лечения

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
ИФН γ , пг/мл	23,70+ 5,38	$82,80 \pm 25,07$ $21,93 \pm 5,28$
ИЛ-17, пг/мл	10,95+3,65	$86,08 \pm 25,72$ $52,04 \pm 15,06$

Примечание. В числителе данные до лечения, в знаменателе – после по сравнению с контрольной группой; * - $P < 0,05$.

Уровень ИЛ-17 в группе у женщин контрольной группы был в 7,9 раза ниже, чем у пациентов основной группы. Известно, что интерлейкин-10 описан как фактор, стимулирующий В-лимфоциты, поскольку он вызывает пролиферацию В-клеток. Главными продуцентами ИЛ-17 являются Т-хелперы 2-го класса. ИЛ-17 также синтезируется тучными клетками и В-клеточными линиями. ИЛ-17 подавляет функции макрофагов и секрецию ими ИЛ-1, ФНО и ИЛ-8, оказывая при этом противовоспалительное действие. Таким образом, ИЛ-17 является главным продуктом T γ 2-клеток, стимулирует их дифференцировку. Он обуславливает пролиферацию и дифференцировку В-и Т-лимфоцитов, влияет на развитие кроветворных клеток, на макрофаги, натуральные киллеры, базофилы, являясь функциональным антагонистом цитокинов, продуцируемых T γ 1-клетками. ИЛ-17 способствует развитию аллергических реакций, обладает выраженным противовоспалительным действием.

Сравнительный анализ показал, что соотношение ИФН γ / ИЛ-17 (провоспалительные/ противовоспалительные цитокины или T γ 1/T γ 2) у здоровых женщин равнялось 2,2. При наличии выраженного воспалительного процесса, то есть у женщин основной группы, этот показатель составлял 0,96. Наблюдался выраженный дисбаланс в состоянии основных регуляторных цитокинов, который выражался резким подъемом уровня противовоспалительных цитокинов и подавлением провоспалительных цитокинов, являющихся основными регуляторами острых воспалительных состояний. Таким образом, при остром воспалении гениталия (вагините) происходит выраженная стимуляция продукции как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, которая может быть расценена как необходимое условие для защиты от инфекционного агента и системного повреждающего действия высоких концентрация провоспалительных цитокинов.

После проведения иммунокорректирующего лечения с использованием Имунорикса у женщин при неспецифическом вагините ИФН γ приблизился к контрольным значениям. Что касается содержания ИЛ-17, то после лечения он не нормализовался, оставаясь в 5,5 раза выше, чем у женщин контрольной группы.

Как было отмечено выше, соотношение ИФН γ /ИЛ-17, а у женщин основной группы- после лечения этот показатель снизился до 0,42.

Вывод: Таким образом, улучшение клинического состояния ВИЧ-инфицированных женщин, наряду с подавлением уровня провоспалительного цитокина ИФН γ , сопровождалось исчезновением признаков воспаления гениталия, улучшением общего состояния женщин. Однако необходимо отметить, что выявленное нами изменение уровня ИЛ-17 и нарушение соотношения про- и противовоспалительных цитокинов говорить о наличии предшествующего иммунодефицитного состояния, которое видимо, и проявилось наличием осложнений на фоне острого вагинита.

Литература

1. Бугубаева М. М., Кадырова Р. М. Клинико-эпидемиологическая характеристика детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции // Справочник врача общей практики. - 2015. - №3. - С. 54-58.
2. Бурханов Р. А., Маманов М. М. Фенотипические факторы риска ВИЧ-инфицирования и развития Синдрома Приобретенного Иммунодефицита // Новости дерматологии и венерологии.- (Центральноазиатский научно-практический журнал). - 2009. - №3. - С. 39-41.
3. Варпаховская И. М. Синдром Приобретенного Иммунодефицита: иммуномодуляторы, вакцины, новые методы лечения // Ремедиум. - Москва, 2015. - №1. - С. 64-68.
4. Кубанова А.А., Аковбян В.А., Тоскин И. А. Современные представления об эпидемиологическом процессе инфекций, передаваемых половым путем и ВИЧ-инфекции // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - №6. - С. 1-4.
5. Кулаков В.И., Баранов И.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. - М., 2012. -С. 20.
6. Меркушкина Т. А., Мирахмедова Н. Н., Концентрация цитокинов ИФН-гамма и ИЛ-4 при ВИЧ/ СПИД-заболевании у детей и взрослых // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2013.- С.163.
7. Москалева Е. В. Динамика показателей иммунного статуса на фоне коррекции антиретровирусной терапии у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией // Дни иммунологии в Сибири: матер. всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 30-летнему юбилею ГУНИИ мед. проблем Севера СО РАМН и 25-летнему юбилею ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН. – Красноярск, 2012. – С. 140-141.
8. Москалева Е. В. Изменение показателей интерлейкинового статуса у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией на фоне иммунокоррекции // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – № 1. – С. 392-393.
9. Narzullaev N.U. FarGALS efficiency in complex treatment of HIV-infected children with acute purulent sinusitis//European Science Review. - Austria, 2017. - No.1-2. -pp.86-88.
10. Narzullaev N.U. The Incidence of exudative otitis media in HIV-infected children//International Journal BIOMEDICINE (IJBM) USA. – 2012. -No.1. -pp.211-213.
11. Narzullaev N.U. Immune Status of HIV-positive Children with Acute Rhinosinusitis//International Journal of Public Health Science (IJPHS) USA. – 2013. - Vol. 2, No.3. - pp. 83-88.
12. N. A. Nuraliev, G. A. Ikhtiyarova, N. I. Olimova, F. Sh. Oripova. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro-Organisms in Women with Inflammatory Diseases of the Pelvic Organs. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(2): 124-126
13. Н.У.Нарзуллаев, Г.А.Ихтиярова, Н.И.Олимова Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфицированных детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Новый день медицины 1 (29) 2020 январь-март.
14. Нуралиев Н.А., Н.И.Олимова, Диагностическое значение определение антител к антигенам микроорганизмов у женщин с воспалительными заболеваниями тазовых органов. **Проблемы биологии и медицины** 2019, № 4.2 (115) С.109-111

ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ГЛАЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО КРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Оралов Б.А., Сафаров Ж.О., Маткаримов А.К.

Ташкентская медицинская академия

Ожоговые повреждения глазного яблока составляют от 4.2% до 38.4% от общего числа травм органа зрения. Несмотря на применение современных методов лечения, около 50% пострадавших становятся инвалидами 1-2 группы по зрению (Пучковская Н.А., 2001, **Базиков И. А.**, 2017).

К настоящему времени накоплен значительный опыт и предложен целый арсенал эффективных, патоненетически ориентированных методов консервативного, хирургического, комплексного лечения ожоговой травмы глаз.

Одним из современных методов лечения является лазерная терапия, которая в последнее время получила широкое применение в офтальмологии. Низкоинтенсивное красное лазерное излучение (НКЛИ) использовалось в смежных областях медицины. Однако использование данного метода лечения в офтальмологии республики сдерживалось из-за отсутствия оборудования для НКЛИ. Сотрудниками кафедры офтальмологии Ташкентской медицинской академии (Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш., 2014 г.) проведены экспериментальные и клинические исследования, позволившие разработать безопасные дозы и мощность излучения ФДТ на оборудовании АЛТ "Восток".

Применение импрессионной цитологии расширяет возможности офтальмолога и позволяет более точно оценить динамику патологического процесса, в частности, при ожоговом процессе в роговице (Злобин И.А., 2013). Однако, как следует из данных литературы, этому методу посвящены единичные сообщения. В связи с этим, целью настоящего исследования явилась цитологическая оценка эффективности комплексного лечения ожогов глаз с использованием НКЛИ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 42 пациентов (64 глаза) с химическими ожогами различной этиологии и степени тяжести. Среди них с ожогом I - II степени. Возраст пациентов составил 18-70 лет, преобладали мужчины (62%).

В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на две однородные группы: по 21 пациенту в каждой. Пациентам контрольной группы проводилась традиционная терапия, включающая длительную ирригацию конъюнктивальной полости, антибактериальные препараты, антисептики, НПВС, мидриатики, лекарственные средства, улучшающие регенерацию. Пациентам основной группы дополнительно к традиционному лечению проводилось низкоинтенсивное красное лазерное излучение на аппарате отечественного производства АЛТ "Восток" в разработанных терапевтических дозах 300 мДж (630 нм, импульсное излучение) в течение 3 минут один раз в день. Длительность лечения составила 7 дней. По тяжести поражения группы однородные.

Морфологическое состояние конъюнктивы изучали методом модифицированной импрессионной цитологии. При этом исследовании в конъюнктивальную полость, отведя нижнее веко, закладывался миллиметровый фильтр. Исследование и фоторегистрация цитологических препаратов проводилось на «Фотомикроскопе - III» (фирмы «Ортоп», Германия) при увеличении – окуляр 10; объектив 90.

Результаты и обсуждение. В цитологических препаратах обеих групп пациентов с ожогами глаз в первые дни исследования отмечалось преобладание морфологических признаков воспаления. Нередко в препаратах отмечалось большое количество слизи белковой массы и фибринозных нитей, тканевого детрита. В данный срок исследования показатели ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО) составили в среднем 0,069, что значительно ниже нормы - 0,2

Дальнейшая динамика в группах с традиционным лечением и с включением НКЛИ существенно различалась.

У пациентов, лечение которых включало низкоинтенсивное лазерное излучение на 3-й день в мазках отмечалось снижение активности процессов альтерации и экссудации воспаления. Морфологически проявлялось уменьшением количества воспалительной слизистой и фибринозной массы, имеющиеся лейкоциты в состоянии деструкции и распада, и морфологически выглядели как деструктивная масса неправильной формы, окрашенной эозином. В эпителиальных клетках дистрофические и дегенеративные изменения были менее выражены. В контрольной группе на 3-й день исследования морфологические признаки воспаления сохранялись.

К 10-му дню после лечения в основной группе в мазках определяются только пласты эпителиальных клеток с признаками гипертрофии и гиперхромазии. Цитоплазма представлена равномерно окрашенной структурой без дистрофических изменений. Ядерно-цитоплазматическое отношение составило 0,33. В контрольной группе в мазках значительно преобладали нейтрофильные лейкоциты. При этом ЯЦО составило в среднем 0,087, что по-прежнему было значительно ниже нормы и в 1,2 раза ниже показателей предыдущего срока.

Выводы: механизм действия НКЛИ, по нашим данным, заключается в следующем: уменьшение в ходе воспалительного процесса базофилов и экссудации, свидетельствующих о подавлении начальных форм медиаторов воспаления – гистамина и серотонина; исчезновение лейкоцитов, являющихся результатом подавления реакции простагландинов и лейкотриенов; восстановление структуры цитоплазмы и ядер эпителиоцитов. Увеличение показателей ЯЦО является результатом усиления обменных процессов и повышения регенераторной активности пораженной ткани.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ КОНТАМИНАНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВЫ

Орипов О.И., Эрматов Ш.Г., Хусаинова А.С., Эгамбердиева С.М.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Конъюнктивa является слизистой оболочкой глазного яблока, которая открыта для внешних воздействий и в обычных условиях подвержена воздействию условно-патогенных микроорганизмов соседних органов. Состав ее микрофлоры способен претерпевать периодические изменения, он является результатом баланса между 2 факторами: бактериальной контаминацией в результате контакта с окружающей средой, и местных защитных факторов. Большинство послеоперационных осложнений в глазной микрохирургии катаракты вызываются условно-патогенными (контаминантными) микроорганизмами, которые являются представителями нормальной микрофлоры век и конъюнктивы, способными проникать в переднюю камеру глаза во время операции при ненадлежащей подготовке пациента или через дезадаптированную послеоперационную рану.

Цель исследования. Оценка видового состава и чувствительности к антибактериальным препаратам контаминантной микрофлоры конъюнктивы.

Материалы и методы исследования. Исследование включало динамическое наблюдение 24 пациентов (24 глаз) с возрастной катарактой, которые перенесли ультразвуковую факоэмульсификацию катаракты с имплантацией гибкой интраокулярной линзы и получавших послеоперационную противовоспалительную терапию.

Бактериологическому анализу было подвергнуто отделяемое из глаз 24 пациентов. Для исследования микрофлоры глаз забор исследуемого материала проводили при строгом соблюдении правил асептики и доставляли в лабораторию в течение получаса. В основу исследования были положены методические рекомендации Ф.Ю. Гариб. В лаборатории материал микроскопировали (окраска по Граму) и делали посев на питательные среды по секторам. Все выделенные микроорганизмы идентифицировались до рода или вида на основании их тинкториальных, морфологических, культуральных и биохимических свойств. Оценка эффективности методов антибиотикопрофилактики основывалась на сокращении видового состава микрофлоры конъюнктивы глаза. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам определяли дискодиффузионным методом.

Результаты. В результате микробиологического исследования материала конъюнктивальной полости 24 пациентов перед курсом антибиотико-профилактики до операции. Рост микроорганизмов наблюдался у 22 (91,7%) пациентов в посевах содержимого конъюнктивы. В 8,3% случаев посев на микрофлору был отрицательным, что было связано с применением этими пациентами антибактериальных препаратов по назначению врача до поступления в стационар.

В результате бактериологических исследований на конъюнктиве наиболее часто обнаруживались *Staphylococcus epidermidis* (50%, n =11), *Streptococcus pneumoniae* (22,7%, n=5), *Streptococcus pneumoniae* (36,3%, n=8), а также *Staphylococcus aureus* (18,2%, n=4). Реже были высеяны *Escherichia coli* (13,6%, n=3) и *Pseudomonas aeruginosa* (4,5%, n=1). При этом у 20% обследованных лиц микрофлора была представлена микробными ассоциациями.

На следующем этапе бактериологических исследований определялась чувствительность выделенной микрофлоры к используемым в предоперационной профилактике местным антибиотикам (офлоксацину и ципрофлоксацину). Практически одинаковая высокая чувствительность *Staphylococcus epidermidis* была отмечена к офлоксацину и ципрофлоксацину. Согласно полученным данным *Pseudomonas aeruginosa* высоко чувствительна к офлоксацину и умеренно чувствительна – к ципрофлоксацину. Из антибиотиков местного применения максимальная чувствительность *Escherichia coli* обнаружена к офлоксацину, умеренная – к ципрофлоксацину. Максимальная чувствительность *Staphylococcus aureus* обнаружена к офлоксацину и ципрофлоксацину. Самая большая чувствительность *Streptococcus pneumoniae* была отмечена к офлоксацину. Пневмококк показал умеренную чувствительность к обоим препаратам.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных микробиологических исследований в 91,7% случаев удалось выявить рост микрофлоры конъюнктивы при отсутствии симптомов воспаления глаза, что свидетельствует о существовании относительно постоянного состава контаминантной микрофлоры на конъюнктиве. Исходя из наших исследований можно утверждать, что офлоксацин является наиболее предпочтительным антибиотиком для профилактики и лечения послеоперационных воспалительных инфекционных осложнений в офтальмохирургии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА МОДЕЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВАГИНИТА (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Орипова Ф.Ш., Мавлонов А.А.

Бухарский Государственный медицинский институт

В структуре гинекологической патологии за последнее десятилетие значительно возрос удельный вес неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела генитального тракта. Учитывая тот факт, что перечень антибиотиков широкого спектра действия весьма ограничен, актуальна разработка новых вагинальных лекарственных форм, в состав которых входит масло куркумы в комбинации хелат меди.

Цель исследования – изучение лечебного действия вагинальных суппозиторий, в состав которых входит растительные сырья и медь хелат, на модели травматического неспецифического вагинита у кроликов.

Материалы и методы. Для эксперимента были использованы кролики самки, массой 2500-3000 г. Экспериментальные исследования проведены в научной лаборатории ТашФарМИ. После моделирования патологии животных 1-я группа кроликов с НВ, леченные препаратом масло куркумы + хелат меди по свече в день в течение 7 дней; 2-я группа кроликов с НВ, леченные препаратом пависин по свече в день в течение 7 дней. Проводилась морфометрические и морфологические показатели экспериментальных животных, влагалищный смыв, кровь экспериментальных животных. А также рН-метрия влагалищного смыва, наличие выделений, эритемы, местной гипертермии, лейкоцитов и парабазальных клеток в мазках. Биотопы влагалища при помощи теста Фемофлор-16.

Результаты. После лечения «масло куркумы с хелат медью» состояние собственной пластинки слизистого и подслизистого слоя было ближе к нормальному, местами сохранялись отдельные признаки воспалительной реакции. У 10% самок сохранялись единичные проявления воспаления после лечения. После лечения референтным препаратом «пависин» состояние слизистой влагалища и шейки матки животных также значительно улучшилось по сравнению с животными группы контрольной патологии. Однако признаки инфекционно-воспалительного процесса сохранялись у 30% кроликов. Хотя у некоторых самок местами толщина эпителиального пласта увеличивалась и в нем определялись проявления акантоза, акантолиза, вакуольной дистрофии, все же способность к накоплению гликогена у данных клеток была сохранена.

Вывод. Таким образом, вагинальные суппозитории масло куркумы с хелат медью оказывают противовоспалительный, репаративный эффект на слизистую влагалища и шейки матки, также улучшает упругость мышц стенки влагалища на модели экспериментального вагинита, цервицита, что подтверждается показателями состояния влагалища, симптоматическими и гематологическими показателями.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Очилдиев М.Б., Закирходжаев Р.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Оценить данные компьютерной периметрии (КП) и критической частоты слияний мельканий глаза (КЧСМ) у больных с частичной атрофией зрительного нерва (ЧАЗН) различного генеза.

Материал и методы: Было обследовано 50 пациентов (30 женщин и 20 мужчин) 70 глаз с ЧАЗН сосудистого и центрального генеза. Пациенты предъявляли жалобы на снижение остроты зрения и сужение полей зрения различной степени. Всем больным были проведены визометрия, тонометрия, офтальмоскопия, КП в пределах 30° от точки фиксации и КЧСМ. Возраст больных составил 36-52 лет.

Результаты: Пациенты I(контрольной) группы 22 пациента 35 глаз(12 женщин и 10 мужчин) на фоне сосудистой патологии(гипертония, атеросклероз) вследствие оптической ишемической нейропатии составили 44%. Пациенты II(основной) группы 28 пациентов 35 глаз(18 женщин и 10 мужчин) с патологией ЦНС(опухоль головного мозга, черепно-мозговая травма, оптохиазмальный арахноидит) составили 56%. В группе ЧАЗН с сосудистыми заболеваниями по данным КП была зафиксирована светочувствительность fovea 19.75 ± 1.93 дб, выпадение нижней половины поля зрения в 25%, сужение поля зрения с назальной стороны в 32%, относительные скотомы в 43% случаев. КЧСМ этой группы в среднем составила 27.1 ± 0.68 Гц. Для группы с патологией ЦНС при КП получено: светочувствительность fovea 19.42 ± 2.12 дб, концентрическое сужения поля зрения в 20% случаев, относительные парацентральные скотомы в 30% случаев, гомонимная гемианопсия достигла 45%, гетеронимная гемианопсия наблюдалась в 5% случаев. КЧСМ у этой группы составила 24.2 ± 0.56 Гц.

Заключение: Исходя из результатов исследования можно сделать вывод, что пациенты с ЧАЗН центрального генеза имеют более глубокие зрительные нарушения по сравнению с пациентами ЧАЗН имеющих сосудистый генез, что подтверждается на КП и КЧСМ. КП и КЧСМ позволяет определить порог светочувствительности, выявить изменения поля зрения, а также функциональную лабильность сетчатки при различных генезах ЧАЗН, что является значительным успехом при ранней диагностики этого заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова

Актуальность: Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) развивается за счет сужения просвета верхних дыхательных путей во сне. Распространенность СОАС в возрастной группе старше 35 лет и составляет 9-10%. Проявлениями СОАС являются громкий храп, «неосвежающий» сон, повышенная дневная сонливость, возникающие вследствие хронического гипоксемического воздействия на организм.

ческой ночной гипоксемии и фрагментации сна. СОАС неоспоримо связан с повышенным риском развития сердечно-сосудистых, неврологических и метаболических осложнений.

Цель и задачи исследования: Оценить результаты хирургического лечения пациентов с храпом и СОАС.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 77 пациентов в возрасте от 18 до 66 лет, прошедшим хирургическое лечение в отделении оториноларингологии Университетской клиники «Кусково» Московского Государственного Медико-Стоматологического университета им. А.И. Евдокимова с 2017 по 2019 годы. Алгоритм обследования заключался в сборе жалоб и анамнеза, анкетирования, инструментального и эндоскопического осмотра верхних дыхательных путей (слипвидеоэндоскопия по показаниям), ночного респираторного мониторинга (система «ApneaLink» ResMed, Австрия).

Результаты исследования: По тяжести заболевания пациенты были разделены на группы: 1) храп без апноэ (ИАГ <5) - 24 (31%) человек; 2) СОАС легкой степени - 22 (29%); 3) умеренная степень - 12 (16%); 4) тяжелая степень - 19 (25%). Через 1 месяц после операции в группе пациентов с храпом без апноэ, а также легкой и умеренной степени тяжести у всех больных ИАГ снизился на 50 % и более ($p < 0,05$). В группе с тяжелой степенью СОАС у 10 (13%) больных отмечено удовлетворительное снижение ИАГ, у 9 (12%) сохранились эпизоды апноэ, ИАГ существенно не снизился ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Хирургическое лечение является эффективным у пациентов с неосложненным храпом и СОАС легкой и умеренной степени тяжести.
2. Для пациентов с тяжелой формой СОАС хирургическое вмешательство может быть одним из этапов комплексного лечения.
3. Объективное обследование дыхания во сне позволяет объективно оценить исходную тяжесть заболевания, а также оценить результаты операции и скорректировать дальнейшую тактику.

МАЛОВОДИЕ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ) OLIGOAMNIOS IN BACTERIAL INFECTION (DIAGNOSTICS, PREVENTION, TREATMENT)

Раззакова Н.С., Бекбаулиева Г.Н., Тавмуродова М.Г.

Ташкентская медицинская академия

Маловодие осложняет течение беременности (невынашивание, угроза преждевременных родов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хроническая гипоксия и антенатальная смерть плода, др.) и родов (аномалии родовой деятельности, гипоксия и интранатальная смерть плода, кровотечения, др.), создает угрозу для внутриутробного «пациента».

Цель исследования: Оптимизация критериев ранней диагностики и оптимизация лечебно-профилактических мер при маловодии инфекционного генеза для улучшения акушерских и перинатальных исходов. Материалы и методы исследования: 1. Установить частоту и факторы риска развития маловодия у пациенток с бактериальной инфекцией.

2. Изучить биохимические параметры сыворотки крови беременных, отражающие степень эндогенной интоксикации и разработать критерии для ранней диагностики маловодия инфекционного генеза.

3. Обосновать и апробировать в акушерской практике комплекс современных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при инфекционном маловодии, способствующих снижению частоты осложнений со стороны матери, плода и новорожденного.

Результат и их обсуждение: На I этапе ретроспективно были изучены 15 историй родов пациенток, Из 10 историй родов женщин с маловодием был проведен отбор и анализ 5 – с маловодием инфекционного генеза. Критерием отбора являлось наличие острой или обострения хронической бактериальной инфекции (подтвержденное при клинико-лабораторном обследовании) и маловодия, развившегося на этом фоне.

На II этапе работы- (проспективное исследование) проводили обследование 10 беременных, которые были разделены на следующие группы: I (основную) и II (группу сравнения).

В I группу вошли беременных с 10 маловодием, развившимся на фоне острой или обострения хронической бактериальной инфекции и подтвержденным при клинико-лабораторном обследовании. Из них II группу составили 4 пациенток, которым была проведена своевременная, патогенетически обоснованная, комплексная (антибактериальная, дезинтоксикационная, метаболическая, десенсибилизирующая, иммунокорректирующая) терапия. Положительным клиническим эффектом считали улучшение общего самочувствия и уменьшение объема околоплодных вод по данным комплексного обследования. За отрицательный эффект лечения принимали клинические и ультразвуковые признаки нарастания многоводия. В IB группу вошли 10 пациенток, не получавших лечение (в связи с поздней диагностикой). II группу (сравнения) составили 10 женщин с острой или обострением инфекции во время настоящей беременности, без признаков многоводия. Для разработки нормативов определенных биохимических показателей в сыворотке крови и амниотической жидкости (АЖ) были также обследованы 20 условно здоровых пациенток с неосложненным течением данной беременности. У всех женщин анализировали особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Для оценки эффективности проведенной терапии у пациенток IA группы, помимо оценки жалоб, изучения в динамике особенностей матки при пальпации с измерением высоты её дна (ВДМ) и окружности живота (ОЖ), ультразвукового исследования (в том числе УЗ-доплерометрии) и кардиотокографии, дополнительно определяли биохимические показатели сыворотки крови, амниотической жидкости и функционально-структурные особенности последов, которые сравнивали с аналогичными параметрами в IB группе. Морфологическое исследование последов было проведено у 30 родильниц.

Выводы: 1. Хроническое маловодие отягощает течение беременности и родов, вызывая угрозу прерывания в различные сроки в 26,9 % случаев, хроническую фетоплацентарную недостаточность – 22,3 %, преждевременные роды – 20,6 %.

2. Группу риска развития хронического маловодия составляют женщины с очагами хронической урогенитальной инфекции. Частота заболеваний мочевыделительной системы у беременных с маловодием составляет 34,6 %, воспалительных заболеваний придатков матки – 23,8 %.

ТАКТИКА ОЦЕНКИ ПРОФИЛЯ ЛИЦА И ГУБ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Целью исследования явилось сопоставление и оценка эстетических линий по Рикеттсу и Холдвее для анализа профиля лица и губ, правильной постановки диагноза и определения плана лечения пациента.

Материал и методы исследования. Нами были изучены 44 пациента с аномалиями окклюзии Класс II, в возрасте от 18 до 30 лет, обратившихся в поликлинику Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ. Из них: мужчин – 20 чел., женщин - 24 чел. Проводились фотометрические измерения и исследования на боковых цефалограммах, которые были сняты при естественном положении головы (НРР), в частности, использовался цефалометрический анализ по Рикеттсу (Ricketts) и анализ по Холдвее (Holdway). Оба метода включали в себя анализ контура мягких тканей, основанные на эстетических линиях (по авторам).

Результаты исследования: При оценки эстетики по Рикеттсу у пациентов с Класс II аномалией нижняя губа находилась на расстоянии $3 \pm 0,3$ мм зади от этой линии, а верхняя – на $2 \pm 0,2$ мм впереди. В анализе по Холдвее (Holdway) делается акцент на основание носа. У лиц с Класс II аномалией наблюдалось несоответствие эстетической линии с серединой основания носа у 7 исследуемых мужчин и у 5 женщин.

Поскольку размер и форма носа у исследованных нами пациентов варьировали, данные эстетической линии Рикеттса были дополнены данными Холдвее, по критериям которого показатели мало зависят от формы и размеров носа, что и явилось для нас диагностической ценностью, позволившей использовать их в комплексе с целью прогнозирования будущего профиля лица после лечения.

Выводы. 1. На формирование профиля лица и губ влияет не только тип аномалии окклюзии (в данном исследовании пациенты с аномалией Класс II), но и индивидуальные особенности строения лица, носа, губ пациентов, связанные с различиями лицевых признаков по расе, национальной принадлежности, половому признаку и т.д.

2. Комплексное использование диагностических показателей по Рикеттсу и Холдвее для оценки эстетического профиля лица и губ пациента позволит врачу-ортодонту провести эффективную диагностику и рациональное ортодонтическое лечение с учётом индивидуальных особенностей пациентов.

IDENTIFICATION OF ETIOLOGY AND RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PLACENTAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN

Rakhmanova S. Sh., Davletova D. M., Karimov A. Kh.

Tashkent medical academy

Summary. Diseases of 62 pregnant women of reproductive age were examined and studied. All women were divided into 2 groups. To determine the risk factors for placental dysfunction examined the history of pregnant women. Patients with placental dysfunction had a history of preeclampsia, acute respiratory viral infection, urogenital infections, anemia, endocrine and cardiovascular diseases significantly more than in the control group.

Urgency. Placental dysfunction is one of the most important problems of obstetrics, neonatology and Perinatology. Functional failure of the placenta is the main cause of hypoxia, growth retardation and development of the fetus, its trauma in childbirth. The frequency of placental dysfunction depends on the main causes of its occurrence and is 17-75% of pregnant women (with bacterial and viral infection-60%, with preeclampsia up to 55%, with cardiovascular diseases-45%, with inflammatory diseases of the urinary system-35%, with anemia 32% and endocrine pathology-24%). Placental dysfunction has a multifactorial etiology. Identifying risk factors for placental dysfunction increases the effectiveness of treatment and prognosis of this pathology in subsequent pregnancies.

Objective: to identify risk factors for the development of placental dysfunction in pregnancy and to identify complications in this pathology.

Material and methods of research. Risk factors of placental dysfunction, pregnancy and childbirth were studied and examined retrospectively in 62 women of reproductive age admitted to the Multidisciplinary clinic of the Tashkent medical Academy. The women ranged in age from 18 to 34. All women were divided into 2 groups, 1 (30) were pregnant with placental dysfunction. 2 (32) were almost healthy pregnant women. To assess the risk factors of placental dysfunction, a retrospective analysis of 30 medical histories of pregnant women who had a history of placental dysfunction and 32 medical histories who did not have this pathology was carried out.

Obtained result. At the same time, it was determined that the primary pregnancies in the study group were 14(46%), in the control group-15 (46,8%), the second pregnancies in the main group were 16 women (54%), and in the control group-17 (53,1%), respectively. Analysis of medical histories showed that in the history of 12 (40%) pregnant women in the first group were diagnosed with preeclampsia of mild and severe degree and in the second group only 2 (6%) pregnant women suffered mild preeclampsia. 18 (60%) pregnant women in the first group suffered acute respiratory viral infection in the 1st and 2nd trimester, and in the control group, only 8 (25%) pregnant women had a history of acute respiratory viral infection. From the medical history of the study group were identified 16 (54%) pregnant women whose hemoglobin was below normal, while in the control group anemia occurred only in 5 (15.5%) pregnant women. Cardiovascular disease had a history in 6 (20%) women in the first group and 1 (3%) woman in the control group. Endocrine pathologies in particular diffuse goiter, diabetes mellitus were detected in 5 (16.6%) pregnant women in the first group and were not detected in the second group. Inflammatory diseases of the urinary system had a history in 12 (40%) women in the first group and 4 (12.5%) women in the control group.

Conclusion: As can be assumed from the above, preeclampsia, acute respiratory viral infection and anemia played a large role in the occurrence of placental dysfunction. Endocrine and cardiovascular disease can also be risk factors for placental dysfunction in pregnant women. Identifying risk factors for placental dysfunction will help early and effective treatment of this pathology and predict the course of pregnancy and childbirth.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахмонова М.К., Абдуразакова М.Д.
Ташкентская медицинская академия

Хронический холецистит - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся наличием воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Хронические заболевания желчного пузыря встречаются у 3% беременных. Частота холецистэктомий при беременности составляет 0,1-3%. Билиарный сладж образуется у 20-30% беременных, камни — у 5-12%. Риск развития желчнокаменной болезни увеличивается в 3,3 раза при повторных беременностях, особенно после четвертой.

Цель исследования. Изучать влияние хронического холецистита на развитие осложнений беременности.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный и проспективный анализ у 25 беременных с хроническим холециститом. В данной основной группе изучены особенности клинического течения и исхода беременности. Контрольную группу составили 25 женщин без патологии гепатобилиарной системы. Обследованные больные лечились в отделении патологий беременных 9 АГК г.Ташкента. Всем беременным на сроках 22-40 недель гестации проведены общее клиническое и лабораторное (гемограмма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) обследования, ультразвуковая диагностика желчного пузыря и печени, комплексное доплерографическое исследование кровотока в маточных артериях, артериях пуповины и средней мозговой артерии плода.

Результаты и обсуждение исследования. В основной группе возраст беременных составил в среднем $26,3 \pm 3,4$ года, в контрольной группе — $22,7 \pm 3,2$ года. В контрольной группе преобладали первобеременные первородящие (52%), а среди женщин основной группы таких было 24%. Ожирение I степени (ИМТ= $32,2 \pm 0,4$ кг/м²) установлено у 48% беременных, II степени (ИМТ= $36,6 \pm 0,5$ кг/м²) - у 24%, III степени (ИМТ= $45,7 \pm 0,6$ кг/м²) - у 4% в основной группе. В контрольной группе определяется ожирение I степени у 12% пациенток. Из анамнеза выявлено, что 32% беременных перенесли гепатит «А» в детстве в основной группе, 20% пациенток в контрольной группе.

В основной группе встречается калькулёзный холецистит в 20% случаев и бескаменный, обусловленный гипомоторной дискинезией в 80%. Появление признаков холецистита (умеренная болезненность или чувство тяжести в правом подреберье после еды, особенно при приеме жирной, жареной пищи) у 36% беременных связывается с беременностью, у остальных обуславливается обострением хронического процесса. Обострение заболевания сопровождается подъемом температуры тела до субфебрильных цифр только у 8% беременных. В 50% случаев холецистит осложняется синдромом тошноты и рвоты средней и тяжелой степеней, 16% - слюнотечением. У 20% беременных рвота продолжается более 12 нед, у 12% - до 29-30 недель беременности. В контрольной группе у 24% беременных отмечается синдром тошноты и рвоты легкой степени, у 4% средней степени, во всех случаях токсикоз проходит до 12 недель беременности. Среди беременных, у которых выявлено ожирение II степени, беременность осложняется гестационной гипертензией в 12%, преэклампсией легкой степени в 16% и тяжелой степени в 4% случаев.

Из лабораторных данных выявляется повышение активности трансаминаз и билирубинемии.

В результате доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях и артериях пуповины установлено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМППК) IА степени диагностировалось при холецистите (1-я группа-40%) достоверно чаще, чем в контрольной группе (24%), частота выявления увеличивалась с присоединением ожирения. Нарушение маточно-плацентарно-плодородного кровотока (НМППК) IБ степени зарегистрированы у 5 (20%), у 1 (4%) соответственно. НМППК II степени и СОРП I-II степени не встречались.

Заключение. Акушерские патологии, такие как, синдром тошноты и рвоты средней и тяжелой степеней, гестационная гипертензия, преэклампсия легкой и тяжелой степеней увеличиваются при холецистите с присоединением ожирения.

ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Рузимурадова С., Акпербекова И.С.
Ташкентская медицинская академия

Врастание плаценты (placenta accreta) — одно из серьезных осложнений беременности, сопряженное с риском массивного маточного кровотечения, и материнской смертностью. Выявлена четкая корреляционная связь локализации врастания плаценты с наличием рубца на матке после кесарева сечения (КС), поскольку зона врастания ворсин чаще всего находится на передней стенке в нижнем сегменте матки, т.е. по месту типичного ее разреза. В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост распространенности данного осложнения, что в немалой степени обусловлено увеличением частоты КС и, как следствие, беременностей с рубцом на матке. Частота встречаемости врастания плаценты за последние 20 лет увеличилась более чем десятикратно.

К сожалению, до сегодняшнего дня основным методом борьбы с интраоперационным кровотечением остается гистерэктомия, в результате чего пациентки утрачивают репродуктивную функцию. Практически во всех странах мира, в том числе в Узбекистане, массивная кровопотеря (более 1500-2000 мл) при отсутствии эффекта от введения утеротоников, препаратов крови, факторов свертывания, перевязки маточных артерий и др. является показанием к гистерэктомии. Согласно мировым статистическим данным, на сегодняшний день врастание плаценты является ведущей причиной акушерских гистерэктомий.

Целью нашего исследования явилось выявление факторов риска врастания плаценты у женщин после кесарева сечения при последующей беременности.

Материалы и методы: нами были обследовано 36 беременных женщин после кесарева сечения (с рубцом на матке), обратившихся в городские родильные комплексы города Ташкент (9АГК и 8АГК) в 2019 году, которые в зависимости от наличия аномалий прикрепления плаценты по рубцу или нет были разделены на две группы. В первую группу вошло 17 женщин с аномалиями прикрепления плаценты, во 2 - контрольную группу 19 женщины с рубцом на матке, но без аномалий прикрепления плаценты.

Данные антенатальной диагностики сопоставлялись с результатами гистологического исследования плацент и участков резецированной ткани матки. По результатам патоморфологического исследования были выявлены различные степени инвазии плаценты.

Результаты и их обсуждение: при тщательном анализе анамнеза, течения настоящей беременности установлено, что наиболее статистически значимым фактором риска вращающейся предлежащей плаценты в рубец на матке после КС явилось полное предлежание плаценты. Так, у 85,3 % пациентки с вращением плаценты имелось полное предлежание, тогда как у пациенток группы сравнения плацента полностью перекрывала внутренний зев достоверно реже - только у 47 % ($p < 0,001$).

Вторым по значимости фактором риска вращающейся предлежащей плаценты в рубец на матке явилось ее преимущественная локализация по передней стенке. Так, у 77,3 % пациенток с вращением основная масса ткани плаценты располагалась по передней стенке матки, тогда как в отсутствие вращающейся - в 3 раза реже (у 24 %). Локализация плаценты преимущественно по передней стенке достоверно увеличивала риск вращающейся плаценты.

Была также выявлена зависимость частоты вращающейся плаценты от числа КС в анамнезе. Данный вывод был сделан на основании того, что у 45,5 % пациенток с вращением плаценты в анамнезе было более одного КС, тогда как в группе сравнения (без вращающейся плаценты) число повторных КС в анамнезе было значительно меньше - у 25 % ($p < 0,01$). Число предшествовавших КС - общепризнанный фактор риска вращающейся плаценты.

Выявлен также ряд факторов, которые несколько меньшей достоверностью увеличивают риск вращающейся плаценты: более 5 выскбливаний матки, более 4 беременностей в анамнезе, временной интервал после предшествующего КС менее 3 лет. Особенности анамнеза (возраст старше 35 лет, хирургические вмешательства на матке, кюретаж матки), по данным литературы, рассматриваются как менее значимые факторы риска вращающейся плаценты.

Достоверно снижают риск вращающейся плаценты: неполное предлежание плаценты и ее преимущественная локализация по задней стенке матки. При анализе варианта предлежания плаценты было установлено, что лишь у 15,4 % пациенток с вращением плаценты имелось неполное предлежание, тогда как у пациенток группы сравнения (без вращающейся) превалировало неполное предлежание плаценты - у 53,0 % ($p < 0,001$).

Что касается преимущественной локализации плаценты по задней стенке, то она наблюдалась у 56,0 % пациенток группы сравнения и только у 12,0 % основной (вращающейся плаценты). Следовательно, преимущественное расположение плаценты по задней стенке, которая, перекрывая внутренний зев, доходит до области рубца, снижает риск вращающейся ($p < 0,001$).

Выводы: факторами, достоверно повышающими риск вращающейся плаценты являются: наличие в анамнезе 2 и более кесаревых сечений; преимущественное расположение предлежащей плаценты по передней стенке; полное предлежание плаценты.

ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СТЕРЖНЕВОЙ АППАРАТОМ МОДИФИКАЦИЯ НАШЕМ КЛИНИКЕ

Салохиддинов Ф.Б., Назарова Н.З., Каюмов Ж.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Улучшить результатов лечения пациентов с диафизарными переломами костей голени путем разработанного стержневого аппарата.

Материалы и методы. Нами разработан стержневой аппарат (патент FAP 00737 от 08.06.2012 г.) для остеосинтеза длинных трубчатых костей, который содержит четыре дуговые опоры, соединенные попарно резьбовыми стяжками и установленные в кронштейнах консольные стержни. Аппарат снабжен средней опорой в виде дугообразной пластины с выполненными по длине двумя прорезями. В прорезях по разные стороны от опоры закреплены по две резьбовые стяжки, соединяющие попарно две опоры. Кронштейны, в которых установлены консольные стержни, закреплены на стяжках. Длина опоры с прорезями больше длины остальных опор.

Нами пролечено 30 пациентов с диафизарными переломами костей голени с использованием стержневого аппарата собственной конструкции. Средний возраст пациентов составил 43,4 года (от 19 до 68 лет).

Из них лиц женского пола 9 (25 %), мужского пола - 21 (75 %). Согласно классификации АО/ASIF наблюдались: A1 - 4; A2 - 8; A3 - 2; B1 - 8; B2 - 4; C1 - 4. Открытые переломы - 7 (17,8 %), закрытые - 23 (82,1 %). По механизму повреждения: дорожно-транспортные травмы - 20 (67,8 %), бытовые травмы - 7 (25 %) и уличные травмы - 3 (7,2 %).

Наблюдение результатов лечения проводилось в сроки от 12 до 26 месяцев.

Результаты. Полное сращение отмечалось у 26 (89,3 %) пациентов. Только у 2 (3,6 %) пациента с переломами костей голени консолидация не отмечалась. Причиной этого, пациент не соблюдал ортопедического режима и не явился на повторных обследованиях в динамике. В 2 случаях (7,2 %) в связи с ранним снятием аппарата в дальнейшем наблюдалось неправильное сращение перелома. Воспаление мягких тканей вокруг стержней отмечалось в 2 (10,7 %) случаях и было купировано местным обкалыванием антибиотиками мягких тканей вокруг стержней и проведением перевязок.

Заключение. Лечение диафизарных переломов костей голени, разработанной стержневой аппаратом позволяет добиться стабильного остеосинтеза а ранней разработка в смежных суставах повреждение конечности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ МАКУЛЯРНЫМ ОТЕКОМ

Саматов М.У., Ахраров А. А.

Ташкентская медицинская академия

Цель: оценить эффективность терапии больных с диабетическим макулярным отеком (ДМО), при использовании ингибиторов ангиогенеза.

Материал и методы. Проведено обследование 42-х пациентов (72 глаз в стадии препролиферативной и пролиферативной диабетической ретинопатией (ДР) с наличием клинически значимого ДМО), страдающих инсулинзависимым СД 2го типа в стадии субкомпенсации и компенсации (25 женщин и 17 мужчин). Возраст пациентов

48–76 лет. Критерии исключения: острое нарушение коронарного или мозгового кровообращения в анамнезе, декомпенсированный сахарный диабет, тяжелые формы гипертонической болезни, онкозаболевания, клинически значимое помутнение роговицы, хрусталика и стекловидного тела, отслойка сетчатки. Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от вида, применяемого лекарства при ДМО. I (контрольная) группа 36 глаз получала бевацизумаб 400 мг (Авастин Roche), а II (основная) группа 36 глаз получала ранибизумаб 10мг (Луцентис Novartis). Пациентам проводился комплекс обследований: наряду с традиционными методами использовалась оптическая когерентная томография (ОКТ Heidelberg Spectralis)

Результаты. По данным ОКТ сетчатки и визометрии, имеются различия в эффективности лечения в зависимости от состояния цитокинового баланса. В первой контрольной группе 14 пациентов (24 глаза) после введения 0.1 мл бевацизумаба уменьшился объем кистозного макулярного отека в среднем 276 ± 28 мкм, острота зрения повысилась на 0.2, у 7 пациентов (12 глаз) объем макулярного отека, и острота зрения не изменились. Во второй основной группе 18 пациентов (30 глаз) после введения 0.1 мл ранибизумаба уменьшился объем кистозного макулярного отека в среднем 320 ± 34 мкм, острота зрения повысилась на 0.3, у 3 пациентов (6 глаз) объем макулярного отека, и острота зрения не изменились.

Заключение. Применение интравитреального введения препарата «Луцентис» оказалось более эффективным у пациентов с ДМО в стадии препролиферативной диабетической ретинопатии и у пациентов, резистентных к анти- VEGF терапии по сравнению с препаратом «Авастин».

BEPUSHTLIK. UNING ZAMONAVIY DAVOSI BO'LMISH TABIIY SIKLDAGI EKO VA UNGA TAYYORGARLIK

Samatova D.T.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. Xalqaro ekspertlarning baholashiga ko'ra, dunyoda reproduktiv yoshdagi juftliklar o'rtasida bepushtlikning tarqalganligi o'rtacha 10-15 foizni tashkil etadi. Bepushtlik oilada ijtimoiy va psixologik noqulayliklarga, ixtilofli vaziyatlarga, ajralishlar sonining ortib borishiga olib keladigan omillardan biri hisoblanadi. Befarzandlikdan ozor chekkanlar salbiy hissiyotlarga beriladigan bo'lib, bu kayfiyat jamiyatda umumiy ish faoliyatining pasayishiga olib keladi. Bizning xalqimiz bolajon xalq bo'lgani uchun bu muammo bizda ayniqsa dolzarb muammodir. Shu bois yurtimizda yordamchi reproduktiv texnologiyalar (YoRT)ni rivojlantirishni taqozo etmoqda, ulardan biri turi bu tabiiy sikldagi EKO dir.

Maqsad. Respublikamiz aholisi 33 mln dan ortiq bo'lsa, ulardan 15,7 million nafari ayollar. Shundan 8 million nafaridan ortig'i reproduktiv yoshdagilardir. O'zbekistonda o'tkazilgan turli tadqiqotlar natijalariga ko'ra, nikoh qurgan ayollardan birlamchi bepushtlik bilan aziyat chekuvchi ayollar 4,9 - 5,3 foizgachani tashkil etadi. Tabiiy sikldagi EKO dasturining maqsadi ham mana shu raqamlarga asoslangan holda ayollarda bepushtlik muammosini bartaraf etishdir.

Vasfasi. Tabiiy sikldagi EKO – bepushtlikning barcha turini zamonaviy davolash usulidir. Bunda urug'lantirish uchun ayol tuxum hujayrasi mustaqil o'zi tuxumdonida yetiladi. Bu usulning farqi shundaki ovulyatsiyani stimulyatsiya qilish uchun ko'p dori ishlatilmaydi. Ushbu asosiy xususiyat protsedura havsizligini oshirishga imkon beradi va tuxumdonlarning gormonal stimulyatsiyasiga qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lgan ayollarga homilador bo'lish imkoniyatini beradi.

Materiallar va metodlar. O'zbekistonda sun'iy urug'lantirish qonunlashtirildi. 2019 yil 28 fevralda O'zbekiston Senati yalpi (plenium) majlisida "Fuqarolarning reproduktiv salomatligi to'g'risida"gi qonuni tasdiqlandi. Tabiiy sikldagi EKO 3 bosqichdan iborat:

Tuxum hujayra punktsiyasi.

Tuxum hujayrani urug'lantirish va o'stirish.

Bachadon bo'shlig'iga embrionni o'tkazilishi (transfer).

Natijalar. EKO protokoli yordamida odamni probirkada yaratishga urinishlar olimlar tomonidan juda uzoq vaqt davomida amalga oshirilgan. 1944 yillarda, birinchi tajribalar ayolning tanasidan tashqarida inson tuxum hujayrasini urug'lantirish uchun o'tkazildi. Suniy ravishda homilador bo'lgan ayoldan birinchi bola 1978 yilda Buyuk Britaniyada tug'ilgan. Bu Luiza Braun isimli qiz edi. (Tabiiy sikldagi EKO protokolidan). Reproductiv tajribalar SSSRda xam muvofaqiyatli amalga oshirilgan va Yelena isimli qiz 1986 yil Moskvada tug'ilgan.

Xulosa. EKO protsedurasidan oldin ayol va erkaklarga organizimini tayyorlash tavsiya etiladi. Bu homiladorlik bo'lish ehtimolini oshiradi. Ikkala bo'g'usi ota onalar zararli odatlardan voz kechishlari kerak bo'ladi (chekish, spirtli ichimliklar ichish). Ortiqcha tana vaznini kamaytirish vitaminlarga boy ovqatlanish. EKO amaliyotiga tayyorgarlik davrida BAD aminokislota va vitamin komplekslarini qabul qilish maqsadga muvofiq bo'ladi.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Сафаров Ж.О., Оралов Б.А., Маткаримов А.К., Орипов О.И.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. По данным многочисленных источников, за последние 25-30 лет отмечается неуклонный рост распространенности многих аллергических заболеваний, в том числе, и аллергических конъюнктивитов (АК) (Аникеева С.Б. и др., 2018). В среднем в мире распространенность АК составляет 15-25 %, а у детей приближается к 40%. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах мира, распространенность аллергических заболеваний колеблется от 3,3% до 35% и в среднем составляет 16,5% (Marwan Abdulaal et al., 2015).

Хронический воспалительный процесс наряду с длительным приемом антигистаминных препаратов при АК приводят к развитию синдрома вторичного сухого глаза (ВСГ) (Майчук Ю.Ф., 2010, Майчук Д.Ю., Чилингарян Л.Б., 2012, Бржеский В.В., 2018). Данное состояние в значительной степени влияет на качество жизни пациентов и причиняет выраженный дискомфорт во время ремиссии основного заболевания, затрудняя выполнение рутинной деятельности. Основными направлениями лечения ВСГ являются уменьшение или полное исключение влияния провоцирующих заболевание факторов, стимуляция слезопродукции, компенсация ее недостаточности искусственными заменителями слезы и увеличение времени пребывания слезы на поверхности глаза (Kelly K. et al., 2011).

Цель. Оценка эффективности комбинированного местного медикаментозного лечения АК при помощи инновационных методов оценки показателей слезной пленки при синдроме вторичного сухого глаза.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 60 пациентов (100 глаз) с жалобами на зуд, сухость и ощущение песка в глазах. Средний возраст пациентов составлял $38 \pm 1,5$ года, с преобладанием женщин (67,5%) по отношению к мужчинам (32,5%). Диагностика ВСГ основывалась на результатах анкетирования при помощи опросника Ocular Surface Disease Index (OSDI) (DEWS 2012).

В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на две однородные по клиническим проявлениям ДСГ группы. При этом в контрольной группе (30 пациентов) назначали препарат из группы стабилизаторов мембран тучных клеток «Кромовиз» - натрия кромогликат (капли глазные 4%, производства ООО «ASEPTICA», Узбекистан), инстилляций по 2 капли 4 раза в день в течение 4 недель. В основной группе (30 пациентов) дополнительно к лечению контрольной группы был назначен препарат из группы заменителей слезы «Офтальрон» - натрия гиалуронат (производства «ASEPTICA», Узбекистан) в течении 20 дней, по 2 капли 2 раза в сутки. Исследуемым с АК также проводилась базовая терапия, с включением общих антигистаминных препаратов.

В процессе офтальмологического осмотра всем больным до и после окончания лечения проводилось комплексное обследование, включавшее анкетирования по опроснику OSDI, исследование слезопродукции при помощи теста Ширмера и измерение времени разрыва слезной пленки ВРСП при помощи режима TFBUT (tear film blow up time) на авторефрактокератометре HRK 9000.

Результаты. Результаты анкетирования по опроснику OSDI показали, что средний коэффициент в обеих группах составил 83,5. Согласно шкале оценки OSDI, данный показатель показывает, что в среднем у всех испытуемых больных выраженность симптомов ССГ оказалась высокой. Повторное анкетирование у пациентов обеих исследуемых групп после окончания лечения показало, что выраженность субъективных симптомов ВСГ снизилась. Однако, в основной группе наблюдалось достоверное снижение коэффициента OSDI до $24,5 \pm 1,5$ ($p \leq 0,05$), тогда как в контрольной группе показатель составил $42,5 \pm 1,7$.

Результаты тестов Ширмера свидетельствуют, что показатели слезопродукции в начале исследования имели тенденцию к гиперсекреции. К 10-12 дню терапии в обеих группах у большинства пациентов была отмечена гипосекреция. К концу терапии в контрольной группе не отмечалось статистически значимых изменений в показателя слезопродукции с сохранением тенденции к гипосекреции ($10,1 \pm 2,6$ мм по тесту Ширмера), а в основной группе у большинства пациентов удалось добиться нормализации секреции, равной в среднем по группе $14,3 \pm 2,2$ мм.

Наиболее выраженные изменения были зарегистрированы в показателях ВРСП, до проведения лечения составлявших $7,3 \pm 0,45$ сек в обеих группах. После окончания лечения повторное исследование в режиме TFBUT показало, что данный показатель возрос до $11,5 \pm 0,6$ в основной группе, что статистически достоверно по отношению к показателям контрольной группы пациентов ($8,5 \pm 2,3$ сек).

Заключение. Таким образом, анализ полученных данных показал, что результаты исследования показателей ВРСП коррелировали с динамикой изменения результатов анкетирования больных по опроснику OSDI в процессе лечения. Сравнительный анализ при помощи специальных методов оценки отдельных компонентов слезной пленки у пациентов с аллергическими конъюнктивитами показал, что препарат отечественного производства «Офтальрон» значительно уменьшает симптомы синдрома вторичного сухого глаза за счет увеличения слезопродукции и ВРСП.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Суяркулова М.Ш., Бабаджанова Г.С.,

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день, одним из тяжелых и частых осложнений беременности является преэклампсия, которая развивается после 20-ой недели гестации. Гипертензивные расстройства при беременности продолжают оставаться одной из основных причин материнской смертности во многих странах. Преэклампсия и эклампсия являются причиной 20-40% случаев материнской смертности и 20% перинатальной смертности [Шифман Е.М., 2003]. Частота преэклампсии среди беременных в Республике Узбекистан в среднем составляет 15,4%. Данные состояния также ассоциируются с высоким риском мертворождения и смерти в неонатальном периоде, рождением недоношенных детей. Показано, что у женщин с развившейся преэклампсией относительный риск родить мертвого ребенка составляет 9,6 по сравнению с женщинами, у которых беременность протекала нормально. Ведение данной группы беременных, лечение, повторные госпитализации, осложненные роды, высокий процент рождения недоношенных и больных детей при данной патологии требуют значительных экономических затрат в акушерстве и неонатологии. Поэтому изучение особенностей ведения беременности и родов и определение их эффективности является актуальной задачей акушерства.

Согласно классификации, ВОЗ преэклампсию подразделяют на лёгкую и тяжёлую форму. Лёгкая преэклампсия подтверждается наличием у беременной лёгкой артериальной гипертензии (диастолическое АД от 90 до 110 мм рт.ст.) и протеинурии (свыше 0,3 г/л до 1 г/л). Критериями тяжёлой преэклампсии являются тяжёлая гипертензия (диастолическое АД ≥ 110 мм рт.ст.), значимая протеинурия (1 г/л и более) и тревожные симптомы, такие как головная боль, нарушения зрения, нарушение сознания, боли в эпигастрии.

Осложнениями тяжёлой преэклампсии являются: ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, отек мозга, острая печеночная недостаточность, анте- и интранатальная гибель плода, гипотоническое или коагулопатическое маточное кровотечение.

Целью исследования явилось изучить особенности течения беременности и родов у беременных в зависимости от степени тяжести преэклампсии.

Нами изучены истории родов 32 женщин, поступавших на лечение и роды в городской родильный комплекс №9 и в Ферганский областной перинатальный центр за период от сентября 2019г. до февраля 2020г. Все обследованные

женщины были разделены на 2 группы: 1 группа – 16 женщин с легкой степенью преэклампсии и 2 группа – 16 женщин с тяжелой степенью преэклампсии.

Возраст обследованных колебался от 18 до 35 лет и составлял в среднем - 29,8±4,1 лет. Большинство обследованных женщин составляли домохозяйки (75,0 и 81,3% соответственно). Изучение соматического анамнеза о перенесенных заболеваниях у обследованных женщин не выявило существенных отличий. Так, частота ОРИ, детских инфекций, гепатита и аппендицита в анамнезе была незначительно выше в группе с тяжелой степенью преэклампсии. Возраст начала половой жизни и возраст, при котором наступила первая беременность, имеет значение для ее течения. Во 2 группе с тяжелой преэклампсией одна треть пациенток были в возрасте до 19 лет, что, согласно данным литературы, свидетельствует о несовершенстве сосудистой системы для обеспечения фетоплацентарной системы. Данная беременность была первой или второй у половины женщин 1 и 2 групп, у остальных женщин это была 3 и более беременность. Нами изучены сроки гестации при возникновении первых признаков преэклампсии. Так, в 1 группе с легкой степенью преэклампсии повышение АД отмечено после 28 недель у 44%, а после 37 недель у половины (50%). Во 2 группе с тяжелой степенью преэклампсии у одной беременной АД поднялось до 20 нед, т.е. эта была хроническая гипертензия с наслонившейся преэклампсией, у половины женщин развилась после 28 нед. и у 25,0% после 37 нед. гестации.

Показатели АД в 1 группе были в пределах 140/90 и 140/100, только у 2-х беременных повышалось до 150/100, тогда как во 2 группе АД было 160/100 и выше. У трех беременных 2 группы АД повышалось до 180/110, что явилось показанием для досрочного родоразрешения. Кроме того, протеинурия более 3г/л была выявлена только у беременных 2 группы у 25%, у остальных она не превышала 1г\л. Роды у женщин 1 группе завершились через естественные родовые пути у 94,0% женщин, а во 2 группе с тяжелой степенью преэклампсии – только в 67,0% случаев, с применением эпидуральной анестезии для обезболивания. У остальных 33,0% женщин было произведено оперативное родоразрешение в связи с тяжелым состоянием и отсутствием эффекта от проводимого лечения. Своевременное лечение и родоразрешение способствовало рождению детей с оценкой по Апгар 7-8 баллов у подавляющего большинства женщин (94,0% и 81,3% соответственно).

Выводы. Тяжелая степень преэклампсии у беременных развивается раньше и протекает тяжелее, часто является показанием для досрочного родоразрешения путем операции кесарево сечение. Своевременная госпитализация в стационар беременных с тяжелой степенью преэклампсии позволит снизить частоту оперативных родов.

Литература

1. Р.Н. Степанова. Преэклампсия, эклампсия: терминология и классификации. Ульяновский медико-биологический журнал №2, 2018
2. Муцалханова Ю.С. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ // Современные проблемы науки и образования.-2015.-№5.
3. Gifford RW, August PA, Cunningham G. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. 2006:38.
4. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Конопляников А.Г., Симухина М.А., "Преэклампсия и эклампсия: новые подходы к диагностике и оценке степени тяжести". Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение. 2018. Т.6, №4. С. 25-30.
5. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Ташкент, 2007г.
6. <http://www.minzdrav.uz>

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

Темиров Э.О., Касимов С.С., Мирхамидов Д.Х.

Ташкентская медицинская академия,

РУ «Республиканский специализированный

научно-практический медицинский центр урологии», Ташкент

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 95 больных со стриктурной болезнью уретры в возрасте от 16 до 80 лет (средний возраст 43,6±17,8 года), обратившихся в 2018-2020 гг. в РУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии». При обращении в клинику у 55 (57,9 %) пациентов имелся надлобковый цистостомический дренаж, установленный ранее в связи с невозможностью самостоятельного мочеиспускания, у 41 (43,1%) пациентов максимальная объемная скорость потока мочи была снижена, в среднем, до 4,3 мл/с (диапазон: от 1,0 до 12,0). В зависимости от цели исследования больные были разделены на 3 группы: 1-я группа - 43 больных, которым была проведена эндоскопическая реканализация уретры под рентгенологическим контролем; 2-я группа - 20 мужчины, которым выполнена трансуретральная внутренняя оптическая уретротомия; 3-я группа - 32 больных, у которых осуществлены различные виды уретропластики. Для определения фактора, повлиявшего на выбор метода лечения, сравнивали следующие показатели: возраст пациента, сопутствующие заболевания, степень анестезиологического риска оперативного вмешательства, локализация стриктуры, протяженность стриктуры уретры.

Результаты. Анализ характера оперативных вмешательств в зависимости от возраста пациентов показал, что лицам молодого возраста чаще (75,7%) выполнялась уретропластика, реканализация произведена половине пациентов (47,2%), ТУВО уретротомия - у 39,1%. У лиц пожилого возраста чаще прибегали к реканализации уретры (22,6%), а уретропластика осуществлена лишь у 6,1% больных.

Анализ частоты выполненных оперативных вмешательств в зависимости от степени анестезиологического риска оперативного вмешательства показал, что в группе пациентов, которым была выполнена уретропластика, риск оперативного вмешательства по классификации оценки объективного статуса больного, принятой Американским обществом анестезиологов, в основном был I и II степени, тогда как реканализацию уретры и ТУВО уретротомию проводили пациентам с III и IV степенями риска.

При анализе частоты оперативных вмешательств в зависимости от локализации стриктуры уретры выявлено, что реканализацию уретры чаще выполняли пациентам, у которых стриктура уретры располагалась в области шейки мочевого пузыря (50,9%), а уретропластику и ТУВО уретротомию - пациентам со стриктурой, расположенной в бульбарной части уретры, соответственно в 75,8% и 91,3% случаев.

Протяженность стриктуры у пациентов 1-й группы составила 0,4-2,3 см (в среднем, $1,0 \pm 0,3$), во 2-й группе - 0,4-1,8 см (в среднем, $0,7 \pm 0,2$), в 3-й - 0,5-3,5 см (в среднем, $1,1 \pm 0,3$). Сравнительный анализ протяженности стриктуры между группами выявил отсутствие статистически достоверных различий в длине стриктуры ($p > 0,05$).

Анализ показал, что пациентам с более протяженной стриктурой уретры чаще выполняли уретропластику, тогда как пациентам с менее протяженной стриктурой - ТУВО уретротомию. Реканализацию уретры чаще производили пациентам, у которых длина стриктуры составляла 0,5-1,0 см.

Заключение. Результаты исследования показали, что основными факторами, влияющими на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры, являются возраст, наличие сопутствующих заболеваний, степень анестезиологического риска оперативного вмешательства, локализация и протяженность стриктуры.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ

Тошева И.И., Каримова Г.К., Адизова С.Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина

Введение. Осложнение родов дородового излития околоплодных вод (ДИОВ) является одним из важнейших проблем современного акушерства. Дородовое излитие околоплодных вод является причиной инициации родовой деятельности в 8-92% случаев в зависимости от срока беременности. Проблема излития околоплодных вод является лидирующей в структуре акушерских осложнений, перинатальной заболеваемости и смертности. Дородовое излитие околоплодных вод тесно связано с инфекцией, повышая в 10 раз риск хориоамнионита и сепсиса, а так же риск гнойно-септических осложнений матери.

Цель. Изучить причинные факторы, так же акушерские исходы родов у женщин с дородовым излитие околоплодных вод.

Материалы и методы. Материалом исследования явились истории родов 106 беременных, у которых роды осложнились дородовым излитие околоплодных вод в сроках от 37-40 недель гестации, родоразрешённых в Бухарском областном перинатальном центре за период 2017-2019 г.г. Изучены анамнестические данные акушерско-гинекологического статуса всех родильниц. При сборе анамнеза тщательно изучен течение настоящей и предыдущих беременностей, родов и послеродового периода.

Результаты. Средний возраст женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне отягощенного анамнеза с сочетанием акушерских, гинекологических заболеваний. Среди пациенток с ДИОВ многие имеют низкое социально-экономическое положение; часто в анамнезе встречаются перенесенная вирусная инфекция; истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН); пороки развития матки; перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, макросомии плода; хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы. Отмечают так же роль в генезе разрыва плодных оболочек во II триместре беременности таких факторов, как расовая или этническая принадлежность, доступность медицинской помощи. Факторы, способствующие ДИОВ в различные сроки беременности, остаются не до конца изученными.

По паритету преобладали повторнородящие (63 женщин), что составили 59,4%. Почти каждая третья повторнородящая женщина (28,6%) в анамнезе указывала на искусственный аборт. Репродуктивные потери, такие как неразвивающаяся беременность и самопроизвольные выкидыши часто встречались в обеих группах. Беременность завершилась осложненными родами через естественные родовые пути и методом абдоминального родоразрешения у 81 женщины, что составило 76,4%. У 25 женщин беременность пролонгирована до доношенного срока (23,6%).

Выводы.

1. Изучение акушерского анамнеза показало, что наличие абортов, замерших беременностей, самопроизвольных выкидышей более, чем у половины обследуемых, а также предыдущих беременностей, которые закончились осложненными родами, являются факторами, способствующими ДИОВ.

2. Клинико-анамнестическими факторами риска беременных, осложнённой ДИОВ являются неспецифический кольпит и бактериальный вагиноз, эндометрит в анамнезе. Наличие инфекций отрицательно влияет на течение беременности и родов.

RESULTS OF PRIMARY TRUS PROSTATE BIOPSY PERFORMED ON THE BASIS OF PSA LEVEL, TRUS AND DRE AND THEIR CLASSICATION ACCORDING TO ISUP

Tukhtamishev M.H., Giyasov Sh.I.

*Republican specialized scientific and practical medical center of urology, Tashkent,
Tashkent medical academy*

Introduction & Objectives. Mortality from prostate cancer among cancer ranks second after lung cancer. In the success of treatment the early diagnosis of localized prostate cancer and the setting of the clinical stage of the disease according to the International Society of Urological Pathology (ISUP) are of great importance.

The goal of the study is to analyze the detectability and clinical stage of adenocarcinoma after a primary transrectal biopsy, depending on the level of total PSA, taking into account digital rectal examination (DRE) and trans-rectal ultrasound sonography (TRUS) data.

Materials & Methods. Analysed the results of 203 primary multifocal biopsies of the prostate, performed in Republican specialized centre of urology in the period 2016-2019 years. The average age of patients was 68.94 ± 0.54 (years), the volume of the prostate (gland + adenoma) was 72.69 ± 2.13 (cc), while the average level of total PSA in serum was 29.27 ± 0.08 (ng / ml). Preparation of patients for biopsy included: discontinuation of antiplatelet drugs for 7 days, the start of ciprofloxacin administration 500 mg x 2 times a day before the procedure. The material for the study was taken by TRUS guided, on the background of local anesthesia, using lidocaine gel, using a BIP-high speed multi pistol, 18-20 g x 20 cm. of 10 sites of the prostate gland, with coverage of the peripheral and apical zones.

Results. A total of 203 primary biopsies in 145 (71.4%) patients had adenocarcinoma verified. In 185 (91.1%) patients biopsy was performed only because of the high level of total PSA, of which 134 (72.4%) had adenocarcinoma. 18 (8.9%) patients biopsy performed mainly due to suspicious zones in prostate, in 12 (5.9%) according to TRUS data, 6 (3.0%) according to DRE. Of these 18 patients, 11 (61.0%) had adenocarcinoma in the primary biopsy

Table 1. Clinical stage of adenocarcinoma (ISUP) depending on the level of total PSA

ISUP \ PSA	5-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60-100	Всего
1	0	15	3	8	4	0	0	30
2	0	12	2	7	4	1	0	26
3	0	1	11	15	11	3	2	43
4	2	2	12	4	2	4	3	29
5	0	0	8	3	1	1	4	17
Total	2	30	36	37	22	9	9	145

Conclusions. Thus, out of 145 patients in whom prostatic adenocarcinoma was verified, 30 (20.7%) were diagnosed with G1 (ISUP), 26 (17.9%) were diagnosed with G2 (ISUP), and 43 (29.7%) - G3 (ISUP), 29 (20.0%) - G4 (ISUP), 17 (11.7%) - G5 (ISUP). Prostate biopsy performed due to high PSA level, the detection of adenocarcinoma was higher than biopsy performed mainly due to suspicious zone according to TRUS and DRE with an acceptable increase in PSA to the total gland volume.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Уктамова Д., Аскарлова Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Показано, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений; неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Любое заболевание дезорганизует социальную и психологическую жизнь и может, в ряде случаев, переживаться даже более остро, чем нарушения соматического функционирования. Как утверждает Г.И. Брехман, заболевания, касающиеся интимной стороны, являются мощным психотравмирующим фактором, при котором роль психологических особенностей значительно возрастает. По мнению С.Д. Максименко и Е.А.Потемкина при гинекологических заболеваниях возможны возникновение психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям. Гинекологические заболевания маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности. Укрепившаяся в последние годы биопсихосоциальная модель гласит, что психосоциальные факторы играют роль в течении любых расстройств, а также в их лечении и реабилитации. Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, отношение к лечению во многом зависят от психологических особенностей пациенток. Для более эффективной помощи гинекологическим больным необходимы исследования психологических аспектов проблемы. Изучение психологических особенностей женщин с гинекологической патологией позволит создать программу психотерапевтической помощи с учетом неадаптивных составляющих, а также с опорой на личностные ресурсы женщин. Установление конкретных психологических особенностей, свойственных той или иной гинекологической патологии, необходимо для определения мишеней психокоррекции и разработки эффективных мероприятий психологической помощи этому контингенту пациенток.

Психологами было установлено, что у женщин с гинекологической патологией отмечается выраженность alexitimических черт. При этом в группе женщин, больных эндометриозом, характерны «пограничные» показатели alexitimии, в то время как у женщин с миомой матки диагностируется высокая выраженность alexitimии. Согласно данным литературы, для лиц с alexitimией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера таких лиц слабо дифференцирована и характеризуются дефицитом творческого отношения к жизни, рефлексии. Научные данные свидетельствуют о том, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений. Для них характерна неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. У женщин с гинекологической патологией недоразвита Я-функция агрессии, присуща неспособность к установлению межличностных контактов, сужен круг интересов, свойственно избегание конфронтации и конфликтов, проявляется склонность жертвовать интересами и планами, неспособность брать на себя ответственность, затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции.

Женщин с гинекологической патологией в эмоциональном отношении на первый план выступают чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и скуки. В межличностных отношениях такие женщины уступчивы и зависимы. Изучение личностных особенностей женщин с гинекологической патологией показало, что женщинам с миомой матки характерно снижение ощущения психической целостности, негативное самоотношение, утрата целеполагания, ослабление саморегуляции. Женщины находятся в плену страха потери контроля, что запускает процесс дестабилизации продуктивного поведения. Кроме этого, женщин с гинекологической патологией характерно деперсонализационный оттенок самовосприятия и дерезациональный оттенок восприятия реальности. Это попытка с помощью диссоциации дистанцироваться от угрожающих процессов в себе. Отмечается снижение навыков

совладения, оптимизма; характерно снижение надежды на изменения к лучшему. Личности женщин с гинекологической патологией характерны сомнения в ценности своей личности. Тело женщин с гинекологической патологией негативно коннотируется, тело воспринимается отталкивающим и нелюбимым. Личность женщин с гинекологической патологией характеризует низкий уровень социальности, социальная закрытость, социальное избегание, уклонение от контактов. Также отмечается неконтролируемое нарастание регрессивных тенденций. Отмечается ипохондрическая защита от тревоги, женщины чрезмерно озабочены состоянием своего здоровья. Таким образом, изучения психологические особенности женщин с гинекологической патологией и вовремя оказания психологической помощи будет способствовать улучшению качества жизни, повышению эффективности терапии.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Умарова Р.Ш., Муратова Н.Д.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия

Введение: Ожирение является независимым фактором риска развития гипертензивных расстройств во время беременности. Согласно результатам когортных многоцентровых исследований, риск развития преэклампсии у пациенток с ожирением удваивается при увеличении ИМТ на каждые 5–7 кг/м². В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилась оценка риска развития различных осложнений беременности у женщин с избыточным весом и ожирением.

Цель исследования: изучение влияния избыточной массы тела у женщин на течение и исход беременности и родов, антропометрические показатели новорожденных.

Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни беременных женщин, поступивших в ГРК № 9. Всем женщинам определяли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ=вес (кг)/рост (м)². За начальные показатели массы тела принимали массу тела в момент постановки на учет. Интерпретация показателей ИМТ: ≤16 – выраженный дефицит массы тела; 16-18,5 – недостаточная (дефицит) масса тела; 18,5-24,99 – норма; 25-29,99 – избыточная масса тела; степени ожирения: 30-34,99 – I степень; 35-39,99 – II; 40 и более – III.

Результаты: Изучение 42 историй болезней показало, что среди пациенток 15 – 35,7% были первобеременными, и 27 – 64,2% повторобеременными. Анализ индекса массы тела показал, что чаще встречались женщины с I степенью ожирения – 23 беременные (54,7%), реже со II степенью – 28,5% и семь пациенток с III степенью ожирения (16,6%). Хроническая артериальная гипертензия наблюдалась у 3 (7,1%) исследуемых, все из группы женщин с ожирением 2 и 3 степени. Гестационная гипертензия выявлена у 2 (8,7%), 3 (25%) и 2 (28,5 %) беременных с ожирением 1, 2 и 3 степени соответственно, преэклампсия – в 4,3%, 58,3% и 57,1% случаев соответственно. Гестационный пиелонефрит выявлен всего у 6 беременных и составил 14% пациенток. В структуре сопутствующих заболеваний у беременных с ожирением 1, 2 и 3 степени преобладали варикозное расширение вен нижних конечностей (в 56,5%, 66,6% и 100% случаев соответственно) и анемия у беременных встречалась практически в 100% случаев. Миома матки выявлена у 16,6 % беременных со 2 степенью и у 28,5 % женщин с 3 степенью ожирения. Нормальные роды без осложнений протекали у 15 – 35,7% беременных. У 20 – 47,6% пациенток роды также проходили через естественные родовые пути, но имели следующие осложнения: ДРПО наблюдался у 23%, разрыв промежности также у 23% больных, разрывы промежности различной степени – 23%, дефект послеродового разрыва – 16,6%. Роды путем кесарева сечения закончились у – 16,6%. Все дети родились живыми. Изучение антропометрических показателей новорожденных родившихся от женщин с ожирением показало, что 15 (35,7%) из них имели повышенную массу тела, в среднем 3885,3±87,7 г (от 3600 до 4000 г), при этом средняя длина тела составляла 52,3±0,68 см; 10 (23,8%) новорожденных имели показатели крупного плода их масса тела составляла 4000 и более грамм. Количество детей с нормальной массой тела при рождении составила 17, что составляет 40% от всех новорожденных.

Выводы: Ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является неблагоприятным фоном для развития беременности и родов. Соответственно, наличие избыточной массы тела повышает риск развития таких серьезных осложнений беременности, как гестационная гипертензия и преэклампсия, крупный плод, повышает частоту оперативного родоразрешения. Кроме того, выявлена прямая связь массы тела и развития таких осложнений беременности, как инфекции нижних отделов мочевыводящих путей и гестационный пиелонефрит. Выявлена тенденция к увеличению средней массы тела новорожденных и к развитию крупного плода в зависимости от степени ожирения матери. Все это обуславливает необходимость более внимательного контроля состояния беременной с ожирением, но в первую очередь – коррекции массы тела женщины на этапе предгравидарной подготовки.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН МИОМАСИ РИВОШЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОГОРМОН D НИНГ АҲАМИЯТИ

Хазратқулова Х.У. Садиқова Д.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Бачадон миомаси миометрийнинг силлиқ мушак ҳужайраларидан ўсувчи яхши сифатли моноклонал ўсмаси бўлиб, эрта репродуктив даврда 4-14.9%, кечки репродуктив даврда 30-40%, перименопаузал даврда 40-65% учрайди [1]. Бу касаллик 30 ёшдан кичик ёшдаги аёлларнинг 3,3- 7,8% да учраши [3], касалликнинг ёшариб бораётганини кўрсатмоқда [1,3,6]. Бачадонда ўтқазиладиган турли травматик муолажалар, инфекция ва яллиғланиш касалликлари, шу жумладан, абортлар, диагностик мақсадда бачадон бўшлиғини қириш, БИВ қуйиш, эндометрит, хориоамнионит ва бошқа бачадон, тухумдон, бачадон найларининг сурункали-яллиғланиш жараёнлари миометрийда гипоксияни ривожланишига, айниқса, тўқимани қайта тикланиш имкониятини бузилишига сабаб бўлади. Айнан, гипоксия триггер механизмлардан бири бўлиб, миоматоз тугунларнинг ўсиши ва автономланишига имкон беради деб тахмин қилинмоқда [3,6]. Прогормон D этишмовчилиги миома ривожланиш хавфини 2 марта оширади, организмдаги бу прогормон этишмовчиликни тўлдириш туфайли 0,6-0,68 марта ривожланиш хавфи камаяди. [7,9]

Тадқиқотнинг мақсади. Аёлларда бачадон миомаси ривожланиш ҳавф омилларини аниқлаш, прогормон Д нинг қондаги миқдори билан бачадон миомаси ва унинг килиник кўринишларининг ривожланиши орасидаги боғлиқлигини ўрганиш ва соғлом аёлларда миоманинг ривожланиш хавфини камайтириш.

Тадқиқотнинг материали ва методлари. Тадқиқот Тошкент Тиббиёт Академияси 2 килиникаси гинекология бўлими ва аёллар соғломлаштириш марказида олиб борилди. Тадқиқотида 19 ёшдан 49 ёшгача бўлган репродуктив ёшдаги 45 та аёллар ихтиёрий иштирок этди. Аёлларни ўрганиш давомида уларни 3 гуруҳга бўлиб олинди: 1) назорат гуруҳи-соғлом аёллар; 2) симптомсиз миомали аёллар гуруҳи; 3) симптомли (менометрорагия ёки менорагия, чаноқ соҳасидаги сурункали оғриқ, кўшни аъзоларнинг босилиши билан боғлиқ белгилар, тугуннинг тез ўсиши) миомали аёллар гуруҳи; шартли равишда ҳар бир гуруҳ 15 кишидан иборат.

Прогормон Д ва бачадон миомаси орасидаги боғлиқликни ўрганиш учун барча гуруҳдаги аёллар қонидаги 25-гидроксивитамин D (умумий витамин D) нинг миқдори иммунофермент анализ усули орқали аниқланди. Аёллар қондаги витамин D нинг туйинганлик даражаси Халқаро маълумотларга кўра ва Эндокринологлар ассоциациясининг клиник тавсиялари асосида баҳоланди.

Хавф омилларини аниқлаш мақсадида махсус сўровномани тўлдириш ва маълумотларни статистик таҳлил қилиш усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Юқорида келтирилган гуруҳлардан олинган лаборатор кўрсаткичларни таҳлил қилиш натижасида соғлом аёллар қонидаги прогормон D нинг ўртача миқдори $M=31,4$ нг/мл ни ташкил қилди. Уларнинг 60% ида қондаги прогормон D нинг миқдори нормал ҳолатда бўлиб, аёлларнинг 33,3% ида етишмовчилик, 6,7% ида эса дефицит ҳолати аниқланди. 2-гуруҳда прогормон D нинг ўртача миқдори $M=21,7$ нг/мл ни ташкил қилди. Симптомсиз миомали аёлларнинг 6,7% ида витамин D нинг миқдори етарли бўлиб, 66,7% да етишмовчилик, 26,7% ида дефицит ҳолати аниқланди. Юқоридаги иккала гуруҳда ҳам оғир даражали дефицит аниқланмади. 3-гуруҳда прогормон D нинг ўртача миқдори $M=12,6$ нг/мл. Симптомли миомали аёлларнинг орасида нормал кўрсаткичли яъни прогормон D нинг миқдори >30 нг/мл бўлган аёллар умуман учрамади. Уларнинг 20% ида етишмовчилик, 40% ида дефицит ва қолган 40% ида эса оғир даражали дефицит аниқланди. Олинган қийматларни гуруҳлар орасида ўзаро солиштириш туфайли, қондаги прогормон D нинг миқдори нормал ҳолати 2-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан 9 баравар кам эканини кўрсатди. Витамин D нинг етишмовчилиги эса 2- гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан 2 баравар, 3- гуруҳга солиштириганда деярли 3 мартта юқори эканлиги аниқланди. Витамин D нинг дефицит ҳолати юқорилиги буйича симптомли миомали аёллар гуруҳи олдинги ўринни эгаллади, яъни соғлом аёллар гуруҳига нисбатан 6 мартта, симптомсиз миомали аёллар гуруҳидан 2 мартта кўплиги тасдиқланди. Дастлабки 2 та гуруҳда оғир даражали дефицит ҳолати қайд этилмади, сўнги гуруҳда эса бу ҳолат аёлларнинг 2/5 қисмида аниқланди.

Сўровномадан олинган натижаларга кўра, наслий мойиллик миомали аёлларда 16,7% ни ташкил қилган бўлса, назорат гуруҳидаги аёлларда 6,7% ида аниқланди. Беморларнинг 26,7% ида менархенинг 11 ёшдан эрта ёки 15 ёшдан кеч келиши кузатилган. Назорат гуруҳида бу ҳолат 4 баравар камроқ (6,7%). Миомали аёлларнинг 13,3 % ида бирламчи бепуштлиқ кузатилган бўлса, 16,7 % ида биринчи туғруқнинг 27 ёшдан кейин содир бўлганлиги аниқланди. Соғлом аёллар бепуштлиқ 2 мартта, кеч туғруқлар 3 мартта кам кузатилди. Миомали аёлларнинг 10% ида регуляр жинсий ҳаётнинг йўқлиги кузатилди. Бу ҳолат соғлом аёллар орасида аниқланмади. Симптомли ва симптомсиз миомали беморларнинг анамнезига кўра: абортлар (1 тадан 5 тагача), диагностик мақсадда бачадон бўшлиғини қириш, асоратланган ва травматик туғруқларда бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш каби бачадонда бажарилувчи амалиётлар 43,3% аёлларда бажарилган, яъни назорат гуруҳига солиштирилганда деярли 4 баравар юқори (13,3%). Эндокринопатиялар ўрганилганда: миомали аёлларнинг 36,7% ида семизлик, қандли диабет, гипотиреоз ва шу каби касалликлар аниқланди. Соғлом аёлларда эса бу касалликлар 3 баравар камроқ қайд этилди. Гинекологик касалликлардан эндометриоз, тухумдон кистаси, тухумдон поликистоз ва аденомиоз биринчи гуруҳдаги беморларнинг деярли ¼ қисмида кузатилди, иккинчи гуруҳда эса 2 баравар кам, яъни 1/8 қисмида аниқланди.

Хулоса. Прогормон D нинг қондаги миқдори қанчалик кам бўлса, миоманинг учраш даражаси кўпаяди ва симптомларининг ривожланиши ошиб боради. Шунингдек, юқорида келтирилган хавф омиллари қанча кўп кузатилса, миоманинг ривожланиш хавфи ҳам шунча ортади. Демак, прогормон D нинг организмдаги миқдорини тўлдириш ва бачадон миомаси ривожланиш хавф омилларини бартараф қилиш йули билан соғлом аёлларда миоманинг ривожланиш хавфини камайтириш, миомали аёлларда эса турли симптомларни ривожланишини олдини олиш мумкин.

Адабиётлар

4. Боженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Ярмолинская М.И. и др. Инновационные подходы к восстановлению репродуктивной функции у больных с миомой матки. //Акушерство и гинекология. 2016. № 1. С. 80-87.
5. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Е.Л. Бабунашивили. Биологическая роль, терапевтический потенциал фитостероидов, витамина D в лечении больных с миомой матки и другие перспективные фармакологические направления. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2018 №5. С. 36-42.
6. Фефилова М.А., Томарева Е.И., Евдокимова Д.В. Этиология и патогенез миомы матки, ее взаимосвязь с состоянием здоровья и репродуктивной функцией женщин. // Вестник новых медицинских технологий. 2017. Т. 24. № 4. С. 249-260.
7. Логинова О.Н. Сонова М.М., Арсланян К.Н. Миома матки и витамин D. //В сб: Инновационные подходы в современной науке. Сборник статей по мат. IX межд. научно-практ. конф. 2017. С. 59-65.
8. Ищенко, А.И. Миома матки: этиология патогенез, диагностика, лечение / А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. – М.: Издательский дом Видар – М, 2010. – 244 с.
9. Калинин С.Ю., Желенко М.И., Гусакова Д.А. Витамин D и репродуктивное здоровье женщин.// Проблемы репродукции. 2016 №22(4).С.
10. Кузнецова И.В. Лечебные и профилактические эффекты витамина D при гинекологических забаливаниях, связанных с избыточной пролиферацией. //Акушерство и гинекология. 2018. №4. 138-143.
11. Штох Е. А., Цхай В.Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска. // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 1. (91). С. 22-27
12. Paffoni A, Somigliana E, Viganó P, et al. Vitamin D status in women with uterine leiomyomas. J. Clin. Endocrinol. Metab.2013;98(8):E1374–E1378[PubMed].

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Халикова О.М., Охунув А.О., Саттаров И.С., Касимов У.К.

Ташкентской медицинской академии

В клинике с 2014 по 2018 гг. находилось на лечении 373 больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры.

Целью исследования было улучшение результатов лечения больных с острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких осложненных пиопневмотораксом и эмпиемой плевры. Стратегическим направлением лечения больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры в эти годы было активное применение щадящих методов лечения: одно, два или несколько вариантов дренирования гнойного очага, его санация и мероприятия направленные на купирование перифокального воспаления. Эти принципы реализовывались двумя путями: раздельным эндотрахеальным (52,7%) или трансторакальным (47,3%), либо они сочетались. Задача по ограничению воспалительного процесса решалась применением длительной внутриартериальной катетерной терапии - ДВАКТ (21,6%).

Для достижения максимальной концентрации вводимых препаратов в очаге воспаления, всем больным на протяжении 4-7 суток проводилась длительная внутриартериальная катетерная терапия. Лечение включало в себя: струйное введение антибактериальных препаратов; коррекция нарушений метаболической деятельности легких; мероприятия направленные на ликвидацию гнойного эндобронхита; стимуляцию иммунных сил организма; регионарная внутриартериальная противовоспалительная гормональная терапия; коррекция обмена электролитов; дезинтоксикационную, антикоагулянтную и дезагрегантную терапию. Микродренирование плевральной полости производилась нами при ограниченных, ненапряженных пиопневмотораксах и эмпиемах плевры. Показаниями к закрытому макродренированию были: напряженный пиопневмоторакс, наличие более 200-300 мл густого гноя, тяжелая интоксикация, неэффективность микроторакоцинтеза в течении 3-4 дней. После открытого и закрытого дренирования при наличии у больных бронхоплеврального свища и развития ригидного легкого, больным производилась плеврэктомия с декортикацией легкого, что выполнено у 11,7% пациентов.

Таким образом, лечение осложненных форм гнойно-деструктивных заболеваний легких, таких как пиопневмоторакс, эмпиема плевры, должно быть дифференцированным и комплексным. При пиопневмотораксах и эмпиемах плевры следует расширить показания к дренированию: микродренирование плевральной полости эффективна при ограниченных, ненапряженных пиопневмотораксах и эмпиемах плевры, содержащих жидкий гной без запаха, с тенденцией к очищению и уменьшению гнойной полости.

ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА ПРИ ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО КУРСУ – ВВЕДЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ

Халикова О.М., Касимова Д.У., Касимов У.К.

Ташкентской медицинской академии

Современные принципы развития медицинского образования, требуют формирования специалиста с высоким уровнем владения практическими навыками, которые он получает на различных уровнях обучения в учебном заведении. Возможность оттачивания навыков не возможно без регулярного закрепления полученных знаний, при этом возможности обучения у кровати больного не всегда доступно по ряду различных этических норм. В связи с этим обучение студентов практическим навыкам, с доведением их действий до автоматизма возможно только в условиях симуляционного центра. В Ташкентской медицинской академии с 2017 года функционирует симуляционный центр, где активно внедряются современные эффективные образовательные технологии.

Применение системы симуляционного обучения призвано существенно повысить качество, эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи, при этом преимуществами симуляционных технологий являются обучение студентов без вреда пациенту, с объективной оценкой достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого студента.

Материалы и методы. На кафедре общей и детской хирургии №1, для студентов 1 курса по курсу введения в хирургическую клинику предусмотрено освоение десяти практических навыков, которые в последующем студент может применять при прохождении производственной практики на втором курсе обучения. Такой подход позволяет оптимально подойти к обучению студента с поэтапным освоением практических навыков. В симуляционном центре созданы условия и имеются фантомы для освоения навыков предусмотренных программой первого курса. За время обучения для студентов предусмотрено часовое занятие в Центре, где на тематических муляжах студенты отрабатывают навыки, в частности смена постельного и нательного белья хирургическим больным, проведение мероприятий по профилактике пролежней.

Опыт проведения первых занятий позволил определить проблемные вопросы и перспективные направления в данном обучении. Причем это не просто демонстрация технологий, но и подробный разбор ключевых моментов, где студент совершает погрешности в выполнении манипуляций. Возможность отработать на фантоме особенности навыков, нюансы их выполнения расширяет круг профессиональных умений и навыков студентов. Они оттачивают каждое движение с озвучиванием проделанного шага, для возможности фиксации знаний всей группы. Такой подход показывает, что уровень уверенного самостоятельного исполнения практического навыка возрастает. Необходимо отметить, что после прохождения обучения у студентов формируется мотивация к реализации полученных знаний, которые они активно применяют при прохождении производственной практики.

Таким образом, программа освоения необходимых практических навыков, опирающаяся на широкое внедрении фантомного обучения позволяет создать условия от перехода из имитационных, к условиям клиники, что значительно повышает качество оказания квалифицированной помощи населению.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ

Халикова О.М., Касимова Д.У., Охунов А.О., Саттаров И.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель работы - улучшение результатов лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей за счет разработки патогенетически обоснованной схемы проведения длительной внутриартериальной катетерной терапии.

Анализ результатов лечения тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний позволил установить, что развитие послеоперационных осложнений встречается в 39,7% случаев, при этом летальность доходит до 7,4%. Подавляющее большинство этих осложнений (28 случаев из 39) связано с прогрессированием гнойно-воспалительного процесса из-за недостаточной эффективности проводимого лечения.

Включение в комплекс лечебных мероприятий у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями стандартной методики длительной внутриартериальной катетерной терапии, позволяет снизить частоту развития осложнений до 22,3%, а летальности до 4%. Однако сохранение высокого удельного веса осложнений, связанных с прогрессированием гнойно-воспалительного процесса (17,4%) и летальности (3,4%) указывает на необходимость пересмотра традиционных схем длительной внутриартериальной катетерной терапии с учетом фаз течения воспаления.

Предлагаемая патогенетически обоснованная схема длительной внутриартериальной катетерной терапии, со струйным введением антибиотиков и альбумина на ранних стадиях лечения (24-48ч), с добавлением в состав инфузата раствора преднизолона на 2-5 сутки, позволяет регулировать течение воспалительного процесса с купированием экссудации и отечности тканей в пораженной зоне. Включение усовершенствованной схемы длительной внутриартериальной катетерной терапии в комплекс лечебных мероприятий при лечении тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний позволило снизить частоту развития осложнений до 2,8%, а летальности до 1,45% и сократить продолжительность лечения с $30,1 \pm 0,6$ дней до $11,8 \pm 0,6$ койко - дней.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ

Ходжаева З.А., Назирова С.Х.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Заболевания роговой оболочки глазного яблока остаются одной из ведущих причин понижения зрения, слепоты, гибели глаза (Майчук Ю.Ф., Каспаров А.В., 2005). Объясняется это тем, что роговица как самая наружная оболочка глаза нередко подвергается воздействию физических, химических и инфекционных факторов.

Наиболее частая патология роговой оболочки - это воспалительные заболевания (кератиты). Бактериальная язва роговицы составляет от 27,6 до 47,3% поражений роговицы и может приводить к анатомической гибели глаза (8%), заканчиваясь энуклеацией (до 17%) (Майчук Ю.Ф., 2005).

Цель исследования. Оценка эффективности лечения отечественного препарата Бакстимс в лечении посттравматических повреждений роговицы.

Материал исследования. В исследование включено 25 больных (36 глаз) в возрасте 16-80 лет. Больные были подразделены на 3 группы: контрольную (12 глаз), и 2 группы (по 12 глаз). В контрольной группе традиционное лечение, в 1-й основной, данное лечение сочеталось с применением глазной гели солкосерил в течение 2-3 недель, во 2-й - закапыванием препарата бакстимс. Критерии оценки эффективности лечения: сроки эпителизации, рассасывания инфильтрата роговицы, стерилизации конъюнктивальной полости и исход.

Результаты. Эпителизация произошла в 1-ой основной группе на 6сутки, во 2-ой на 7, в контрольной - регенерация замедлена до 11; инфильтрат рассасывался на 7, на 8, и на 9 сутки соответственно; полное восстановление прозрачности роговицы в 46% 35% и 18%; помутнения средней интенсивности у 13%, 22% и 38% соответственно. Стерилизация в группе с бакстимсом происходила на 4сутки, с солкосерилом на 5, в контроле лишь на 8-е сутки.

Заключение. Препарат солкосерил проявил более активные противоотечные и репаративные свойства, чем бакстимс, но бакстимс имеет выраженные антибактериальные свойства.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТИМУЛЯТОРОВ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КЕРАТИТАХ

Холбеков А. В., Закирходжаев Р. А.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Сравнить эффективность эпителизирующих препаратов при травматических кератитах.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов с травматическим кератитом. Сравнительный анализ лечения проводился между группами пациентов, получавшими медикаментозное лечение Корнерегель (Bausch+ Lomb) 5%-5.0 + Тобрекс (Alcon) 0.3%-5 мл (контрольная группа 20 пациентов), а также Солкосерил (Meda) 20%-5.0 + Тобрекс (Alcon) 0.3%-5мл (основная группа 20 пациентов). Общими офтальмологическими методами диагностики заболевания явились определение остроты зрения по таблице Головина-Сивцева, биомикроскопия, окраска флюоресцеином пораженных дефектов. Первоначальная острота зрения в обеих группах после травматизации составляла 0.3-0.4. Средний возраст больных составлял 45 ± 4 лет. Соотношение мужчин и женщин было 26 и 14.

Результаты. После 7 дней лечения число вылеченных больных в контрольной группе составило 18 человек (85%), а в основной группе этот показатель достиг 20 человек (100%). В группе, где лечение проводилось Корнерегелем, средняя острота зрения повысилась на 0.3 ± 0.1 , наблюдалась хорошая эпителизация дефектов роговицы 18 пациентов, у 2-х пациентов остались рубцовые изменения в параоптической зоне (не влияющие на остроту зрения). В группе, где лечение проводилось Солкосерилом, средняя острота зрения повысилась на 0.4 ± 0.1 , регенерация повреждений у всех пациентов наблюдалась на 5 день лечения, рубцовые изменения в этой группе отсутствовали.

Заключение. Глазные гели Солкосерил и Корнерегель используются как стимуляторы регенерации роговицы при механических повреждениях роговицы, химических (вследствие действия кислот и щелочей), термических и лучевых

ожогах роговой оболочки. Исходя из результатов можно сделать вывод, что Солкосерил является более эффективным препаратом из-за быстрых регенераторных функций и отсутствия рубцовых изменений.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНАХ С ДЕФЕКТОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КИСТИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКОЙ

Холмирзаев О.Н., Назарова Н.З.

Ташкентская медицинская академия

Литературные данные свидетельствуют о высокой частоте травм кисти, в том числе открытых. Травмы кисти составляют 26–30.2% от общего числа повреждений, 50,9% из них – открытые [1,2,3]. Открытые тяжелой травмы кисти сопровождаются обширными повреждениями: разрывом мягких тканей, кожных покровов, повреждениями сухожилий, нервов, переломами костей, отрывами пальцев, что резко нарушает функцию кисти и приводит к потере трудоспособности. Травмы кисти характеризуются разнообразными повреждениями, что обусловлено особенностями строения органа и тесной связью большого количества функционально важных структур [4]. Травмы разнообразны они могут быть вызваны различными травмирующими агентами, среди которых наиболее часто отмечают мощное сельскохозяйственное, промышленное и домашнее оборудование. Открытые тяжелой травмы кисти могут вызывать огнестрельные, взрывные, аварии на транспорте. Раны кисти могут сильно загрязнены разными материалами в зависимости механизма травмы [4]. В то же время с каждым годом появляются более мощные и высокоскоростные транспортные средства, развиваются экстремальные виды спорта, что приводит к увеличению числа пострадавших с высокоэнергетическими множественными и сочетанными травмами в составе которых нередко имеются повреждения кисти [6]. Эти повреждения имеют ряд особенностей: -они характеризуются тяжелой травмой мягких тканей и множественными переломами костей [7,8]. Так как общепринятая классификация тяжелых повреждений кисти до настоящего времени отсутствует, для выбора способа хирургического вмешательства необходима стандартизация и классификации повреждений в относительно однородные группы, с общим подходом к лечению [5].

Диагностика

На первом этапе – осмотр и интерпретация данных клинико-инструментальных исследований, оценка тяжести травмы, состояния и компенсаторных возможностей пострадавшего, выбор времени и допустимой травматичности оперативного вмешательства, определение возможности проведения симультанных операций или необходимость «контроля тяжести повреждений», согласование с фазами травматической болезни и особенностями течения раневого процесса времени закрытия ран, сроков и методов окончательной стабилизации переломов [9]. Клинический диагноз устанавливают на основании тщательного осмотра, пальпации, определения функции поврежденного сегмента и рентгенографии [11]. С момента поступления пациента обследуется сохранность и жизнеспособности всей кисти, а затем каждого пальца в отдельности. О жизнеспособности тканей можно определить по цвету кожи, степени кровотока поврежденных участков и температуре. Кисть имеет хорошо выраженную сеть кровеносных сосудов и нервов. Вследствие этого ранения кисти вызывают сильную боль и выраженное кровотечение, поэтому при травмах кисти на конечность довольно часто накладывают кровоостанавливающий жгут. Необходимо помнить, что наложение жгута на предплечье может существенно повлиять на чувствительные и двигательные функции кисти [24]. На ладонной и тыльной поверхностях кисти и пальцев необходимо проверить состояние ладонных и пальцевых ветвей лучевого, срединного и локтевого нервов. Состояние нервов определяют путем исследования болевой чувствительности в соответствии с зонами иннервации на кисти. Повреждения сухожилий пальцев кисти устанавливают проверкой активного сгибания или разгибания фаланг пальцев кисти. Чтобы определить активную функцию фаланг пальцев, нужно в момент обследования фиксировать проксимально расположенную фалангу [21]. Если пациент в сознании проверяются двигательные функции кисти и пальцев, состояние ладонных и пальцевых ветвей лучевого, срединного и локтевого нервов. В тех случаях, когда пациент без сознания диагностика повреждения нервов, сухожилий кисти часто отсроченная. Рентгенологическое исследование необходимо в 2 проекциях — прямой и боковой (или 3/4 пронации кисти) [23]. Несвоевременная диагностика травм кисти у пациентов с политравмой достигает 50 %, отсроченная диагностика повреждений кисти у тяжело травмированных пациентов в 2 раза выше [10]. Однако следует отметить, что поздняя диагностика крайне редко имеет жизни-угрожающие последствия — она снижает экономическую эффективность лечения (увеличивается время госпитализации, сроки временной нетрудоспособности). Вопрос влияния поздней диагностики на отдаленные результаты лечения все еще остается спорным [22].

Лечение

В случаях открытых переломов, обширных ран и травматических ампутаций кисти пальцев повреждения очевидны, и их лечение начинается в максимально ранние сроки [9]. Несвоевременная диагностика может привести к потере функции кисти. Чтобы принять объективное решение в каждом конкретном случае, необходима правильная оценка тяжести полученной травмы и состояния пострадавшего [10]. С момента поступления больного с множественной или сочетанной травмой в стационар на первый план выходит спасение жизни пострадавшего, максимально точная и ранняя диагностика, повреждений костей конечностей, таза, органов грудной и брюшной полостей. В оказании помощи пострадавшим с политравмой принимают участие большое число специалистов [7,12]. Если пострадавший без сознания, то постановка диагноза с повреждением кисти особенно повреждения сухожилий крайне затруднительна. Восстановление сухожилий может быть первичным, отсрочено первичным и вторичным в зависимости от тяжести полученных повреждений и тяжести состояния пострадавшего [13,15]. Оперативные вмешательства при тяжелой травме кисти должны выполняться в отделениях хирургии кисти. При первичной хирургической обработке тяжелых повреждений кисти необходимо соблюдать принцип сберегательного лечения, правильно оценивать жизнеспособность тканей и, по возможности, восстанавливать утраченные структуры [17]. Лечение повреждений различных структур кисти имеет свои особенности. Травмы мягких тканей кисти в результате сдавления, ранения, а также скальпированные повреждения у пострадавших с политравмой составляют 3-11 % [7]. На первом этапе после механического очищения выполняется радикальная первичная хирургическая обработка ран: удаляются все нежизнеспособные ткани, раны промываются растворами антисептиков, вакуумируются, чтобы избежать местных и генерализованных инфекционных осложнений [13]. Кистевые хирурги должны соблюдать баланс между радикальным удалением всех нежизнеспособных

собных тканей и сохранением функции. Некоторые литературные данные свидетельствуют о том, что реконструктивные вмешательства должны быть отложены и выполнены не ранее 4-го дня с момента госпитализации, чтобы избежать хирургического «second hit» [16]. Травматические ампутации и нарушения кровообращения у пострадавших с тяжелой травмой кисти составляют 0,2-3 % [14]. Пластическая хирургия при проведении восстановительных и первичных хирургических операций на конечностях, особенно при грубых поражениях кисти играет важную роль. Лоскуты на питающей ножке с осевым кровообращением дает возможность пластического закрытия дефектов кисти, улучшения кровообращения и восстановления нервных структур [18]. В самых благоприятных случаях можно ограничиться свободной пересадкой кожи на всю толщину или пересадкой расщепленного кожного лоскута. Они близки по своим свойствам, имеют хорошую приживаемость и удовлетворительны по косметическим результатам. Для выполнения этого вмешательства не требуется особых навыков, специальной аппаратуры и инструментария. Кожные лоскуты на питающей ножке могут быть сформированы как из рядом расположенных зон, так и из отдаленных областей тела. Применяют кожные лоскуты тогда, когда необходимо защитить глубже расположенные структуры от грубого механического давления. Свободные пересадки комплексов покровных тканей с микрососудистыми анастомозами считается не только сложным видом трансплантации, но и самым эффективным. До настоящего времени используется мигрирующие лоскуты (плоский мигрирующий лоскут и филатовский стебель). Такие операции требуют больше времени, нескольких этапов операций, опыта оперирующего хирурга и терпения как у пациента, так и у врачей, работающих с ним [20]. В зависимости от характера повреждения тканевых структур кисти и клинический характер используют свободные кожные аутоотрансплантаты — кожно-подкожный, расщепленный полнослойный и эпидермальный. Эпидермальные лоскуты кожи содержат слои эпидермиса безросткового слоя клеток (используется для ускорения заживления гранулирующих ран). Расщепленные кожные лоскуты включают в себя все слои эпидермиса и часть росткового и сосочкового слоев дермы. Их пересаживают в виде цельного лоскута по форме дефекта кожи. Преимущества этого вида пластики состоят в том, что пересаженные лоскуты обладают способностью к росту, подвижностью. Они перестраиваются и в них восстанавливается чувствительность. При этом лоскуты не отличаются от окружающего кожного покрова. Полнослойные свободные кожные лоскуты включают в себя все слои эпидермиса и дерму. Их пересаживают только на чистые и хорошо кровоснабженные реципиентные поверхности небольшой площади. При этом нужно помнить, что пересадка таких трансплантатов требует тщательного выполнения всех этапов операции. Несоблюдение требований может привести к частичному либо полному отторжению полнослойного лоскута. Кожно-подкожные лоскуты содержат все слои кожи: эпидермис, дерму, а также жировую клетчатку, иногда с фасцией, сухожилиями, сосудами и нервами. К их преимуществам относят жизнеспособность, высокий функциональный и косметический эффект. Необходимо учитывать, что операция свободной пересадки таких лоскутов проводится с использованием микрохирургической техники. Впервые несвободная кожная пластика местными тканями предложена Ю. К. Шимановским (1865), далее Morestin (1914), А. А. Лимберга (1946). Суть ее заключается в выкраивании лоскута на питающей ножке из прилежащих к дефекту тканей и перемещении его в дефект. Когда нет такой возможности, используется несвободная кожная пластика лоскутами на питающих ножках с отдаленных участков кожного покрова человека. Наиболее распространены такие методы: – итальянская пластика — острые лоскуты в виде итальянских мостовидных кожно-жировых лоскутов с пересадкой со стенки живота; – стебельчатая пластика по Филатову — острый кожно-жировой лоскут в виде стебля на одной питающей ножке. При обширных дефектах покровных тканей в области пальцев для сохранения жизнеспособности и по возможности восстановления утраченной функции рекомендовано пересадка кожно-жировых лоскутов на сосудисто-нервной ножке. В случаях раневых дефектов на пальцах кисти с обнажением подфасциальных структур, когда нет возможности закрыть их местными кожными лоскутами, можно использовать лоскуты с соседних пальцев (разновидность лоскутов на питающей ножке). Перекрестные кожные лоскуты с соседних пальцев более удобны, чем лоскуты на питающих ножках с живота или грудной клетки (итальянский лоскут, филатовский стебель). Есть необходимые требования для выполнения таких операций, чтобы избежать некроза перекрестного кожного лоскута (он не выдерживает напряжения и натяжения) необходимо перед его формированием произвести четкий расчет (можно использовать салфетки, имитирующей лоскут в пересаженном положении). Питающая ножка лоскута должна пересекаться через 15-20 день (каждому пациенту индивидуально) на фоне сосудистой терапии и физиотерапевтических процедур. Донорская рана должна закрываться свободным кожным трансплантатом. При глубоких дефектах ладонной поверхности II-IV пальцев кисти необходимо создать искусственную синдактилию пальцев за счет отсепарирования боковых поверхностей кожного покрова пальцев и закрытием создавшейся единой раневой поверхности сформированным итальянским лоскутом на питающей ножке с передней стенки живота. После выполнения итальянской пластики необходимым условием является закрытие дефекта донорской раны. При циркулярных ранах пальцев со скальпированием кожи рекомендована пластика острым филатовским стеблем, формируемым на передней брюшной стенке. Необходимым требованием при наличии циркулярных ран по всей длине любого из трехчленных пальцев является то, что перед пересадкой филатовского острого стебля следует резецировать дистальную фалангу, т. е. укоротить палец. При циркулярных ранах I пальца резекцию ногтевых фаланг производить не следует, учитывая, что большой палец осуществляет 35-40 % функциональных возможностей кисти [19].

Реабилитация

Восстановление после операции включает три периода:

1. Адаптация – от окончания операции до первых двух суток;
2. Регенерация – начиная от третьих суток после пластики до трех месяцев;
3. Стабилизация – с трех месяцев после пересадки кожи.

Обычно пересаженная кожа приживается через 9-11 дней, но в некоторых случаях может затягивается на 40-50 дней. Первые 7 дней после пластики повязка не снимается. Затем снимается верхние слои повязки, осматривается рану. Решение о проведении перевязки принимает доктор на основании общего состояния пациента. Когда, повязка сухая, отека нет и не повышается температура, меняются только верхний слой повязки. Если повязка влажная из-за скапливающегося экссудата, проводят полную перевязку. Обычно когда приживления протекает нормально, через 10-12 дней трансплантат срастается с кожей. Пересаженный материал имеет неравномерный и бледный оттенок после сня-

тия повязки, спустя время приобретает окрас обычной кожи. Если есть выделения крови или гноя из раны отторжения пересаженного материала резко повышается. В этом случае возникает необходимость в проведении повторной операции по пересадке. Чем тяжелее повреждение мягких тканей, костей и больше нарушено кровообращение, тем выше вероятность некрозов и нагноений в ране. Длительные первично-реконструктивные вмешательства с применением микрохирургической техники повышает риск нагноений. Качество хирургической обработки раны является первостепенным в предупреждении гнойных осложнений. Однако бережное отношение к анатомическим структурам кисти не позволяет провести радикальное иссечение тканей с пониженной жизнеспособностью, и достичь санации раны. В клинической практике мы применяли нестероидные противовоспалительные средства. Антиагрегантные препараты дает выраженное снижение динамической вязкости крови, улучшает кислородное обеспечение тканей и капиллярный кровоток. Нестероидные противовоспалительные препараты повышает жизнеспособность кожно-фасциальных лоскутов. С целью предупреждения тромботических осложнений применяются прямые и непрямые антикоагулянты. Для купирования посттравматического отека достаточно результативны ингибиторы протеаз. Наряду с антиферментным действием данные препараты повышают чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Для восстановления реологических свойств крови, устранения спазма сосудов, стимуляции коллатерального кровообращения препараты перелишенных выше групп также применяются в составе инфузионных лекарственных смесей [25]. Основная цель реабилитации на последующих этапах уделяют внимание после операционный рубец, чтобы не образовалось стягивающий рубец пальцев. Простым способом размягчения рубцов является применение противорубцовых мазей, кремов и гелей и купирования воспаления можно использовать местное гормональных средств (например, гидрокортизоновая мазь) 1-2 раза в день в течение 7-10 суток. Лечение и предотвращения роста рубцов используют методы физиотерапии фоно- и электрофореза, которых вводят кортикостероидные гормоны (гидрокортизон), ферменты (ферменкол, лидазу, коллагеназу, террилитин). Курс лечения процедур составляет 10-14 сеансов. При разработке тугоподвижности и контрактур кисти используется лечебная физкультура, массаж, разработку тугоподвижности в суставах, увеличение мышечной силы и механотерапию. Одновременно сочетание физкультуры с иммобилизацией суставов в функционально выгодном положении при помощи лонгет и шин, шина помещается только на ночь для закрепления достигнутого состояния [26].

Вывод

При установлении диагноза существенное внимание уделяют механизму повреждения. Зная характер производства, на котором произошел несчастный случай, можно судить о степени загрязнения раны и возможной раневой микрофлоре. Хирургическое лечение открытых ран с дефектом мягких тканей кисти предпочтения отдается с помощью свободного кожного трансплантата, средний дефект кожи на протяжении от двух до пяти сантиметров. В случае повреждения подкожной клетчатки с обнажением костной ткани предпочтительно использовать кожно-подкожную лоскут на питающий ножке. Положительный эффект кожных пластик при открытых ранениях с дефектом мягких тканей кисти зависит от квалификации и опыта медперсонала, своевременности начала и настойчивости проведения, упорства и дисциплинированности самих пациентов.

Литература

1. Волкова, А.М. Хирургия кисти // А.М. Волкова. – Екатеринбург: Средне-Уральское книжное издательство, 1991. – Т. 1. – 304 с
2. Роговой, М.А. Статистика травм кисти / М.А.Роговой // Современные методы лечения повреждений кисти : матер. конф. – М., 1975. – 13-15 с
3. Усольцева, Е.В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти // Е.В. Усольцева, Ш. Машкара. – Л.: Медицина, 1978. – 348 с.
4. Афонина Е.А. // Хирургическая тактика при открытых тяжелых травмах кисти с дефектами тканей. Санкт-Петербург 2015 г. Типография ООО «Турусел» 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова.
5. Матвеев Р.П., Петрушин А.Л. // Вопросы классификации и терминологии открытых повреждений кисти обзор литературы // Травматология и ортопедия России 2011-2(60) 191-198 с.
6. Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П. Травмы кисти. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 192 с.
7. Ciclamini D, Panero B, Titolo P, Tos P, Battiston B. Particularities of hand and wrist complex injuries in polytrauma management. Injury. 2014; 45(2): 448-451
8. Schaedel-Hoepfner M, Siebert H. Operative strategies for hand injuries in multiple trauma. A systematic review of the literature. Unfallchirurg. 2005; 108(10): 850-857
9. Егиазарян К.А. Скороглядов А.В. Германова И.А. // Лечение повреждений кисти у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия ПОЛИТРАВМА/POLYTRAUMA № 4 декабрь 2017 84-89 с.
10. Adkinson JM, Shafiqat MS, Eid SM, Miles MG. Delayed diagnosis of hand injuries in polytrauma patients. Ann Plast. Surg. 2012; 69(4): 442-445.
11. Волкова А.М. Хирургия кисти. Т. 3 Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий», 1996. 110 с.
12. Pape HC, Sanders R, Borrelli Jr. The poly-traumatized patient with fractures: a multi-disciplinary approach. Springer, 2011. 365 p.
13. Hotchkiss R, Wolfe SW, Kozinn SH, Pederson WC. Green's operative hand surgery. 7th ed. Elsevier, 2016. 2091 p; Hernandez JD. Complex injuries including flexor tendon disruption. Hand Clin. 2005; 21: 187-197 p
14. Агаджанян В.В., Пронских А.А. Высокотехнологическая медицинская помощь при травмах // Политравма. 2008. № 4. С. 5-9.
15. Hernandez JD. Complex injuries including flexor tendon disruption. HandClin. 2005; 21: 187-197.
16. Lasanianos NG, Kanakaris NK, Dimitriou R, Pape HC, Giannoudis PV. Second hit phenomenon: existing evidence of clinical implications. Injury. 2011; 42(7): 617-29 p
17. Карим-Заде, Джанговаровна Г. // Хирургическое лечение тяжелых повреждений кисти Душанбе 2002 г.
18. Дюсембеков Е.К., Халимов А.Р., Юнусов Р.Ю., Курмаев И.Т., Джуманов У.Ж., Турекулов Р.С., Жумагулов Б.К., Есентаев Е.А., Ким Д.А. // Использование методов реконструктивной и пластической хирургии при последствиях обширных ранений с повреждением нервов кисти и предплечья НЕЙРОХИРУРГИЯ И НЕВРОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА №3 (32), 2013 8-10 с
19. В помощь практикующему врачу. Лекции Кожная пластика при открытых повреждениях кисти и пальцев ISSN 0030-5987. Ортопедия, травматология и протезирование. 2015. № 4 85-90 с.
20. Губочкин Н.В., Шаповалов В.М. // Избранные вопросы хирургии кисти. Санкт-Петербург, 2000 г. 82-92 с.
21. Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П., Травмы Кисти. Москва «ГЕОТАР-Медиа» 2009. 89-110 с
22. Ferree S, vander Vliet QM, van Heijl M, Houwert RM, Leenen LPH, Hietbrink F. Fractures and dislocations of the hand in polytrauma patients: Incidence, injury pattern and functional outcome. Injury. 2017; 48(4): 930-935 p.
23. Егиазарян К.А., Скороглядов А.В., Германова И.А. // Лечение повреждений кисти у пострадавших с множественной и сочетанной травмой ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.
24. Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П., Травмы Кисти. Москва «ГЕОТАР-Медиа» 2009. 192 с
25. Оказание специализированной помощи больным с открытыми травмами кисти в условиях хирургических и травматологических отделений районных больниц. Учебно-методическое пособие. – Ставрополь. Изд.: СтГМА, 2004
26. <http://combustiolog.ru> общероссийская общественная организация объединение комбустиологов «МИР БЕЗ ОЖОГОВ» 2013-12-08

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ КОСТНО-ФИБРОЗНОГО КАНАЛА

Шодиев А.И., Муратов Ф.Р.

Ташкентская медицинская академия

Среди повреждений кисти, застарелое повреждение сухожилий сгибателей пальцев кисти составляют один из наиболее трудных разделов практической хирургии как в отношении анатомического восстановления целостности сухожилий и его влагаллица, так и в отношении их функциональной полноценности. Несмотря на техническое усовершенствование, улучшенные оперативные методики, применение современных видов сухожильных швов и шовного материала, применение различных изолирующих материалов от сращений сухожилий с окружающими тканями, воздействие на рубцово-спаечный процесс различными медикаментозными средствами и продолжительности реабилитационно-восстановительного лечения, исходы лечения застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти не всегда удовлетворяют как врача, так и самого больного.

Материалы и методы исследования: В целях улучшения результатов лечения больных с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти сотрудниками нашей клиники разработан новый способ оперативного лечения. Данная операция является двух этапным, при этом на первом этапе осуществляется тендопластика сухожилия с одновременной имплантацией полихлорвиниловой трубочки с 3-4 боковыми отверстиями. Через 4-6 недель на втором этапе удаляют полихлорвиниловую трубочку из небольшого разреза на кисти.

Боковые отверстия полихлорвиниловой трубки, позволяет врастанию сосудов из окружающих тканей через отверстия и тем самым улучшает кровоснабжение и временное питание помещенного во внутрь трубочки трансплантированного сухожилия сгибателей пальцев кисти и уменьшит развитие спаечного процесса, образовав вокруг трубки искусственное сухожильное влагаллице с гладкими краями.

Экспериментальная часть исследования проводилась у 32 кроликах, где в определенных сроках лечения проводились гистологическое исследование. На основе данных экспериментальных исследований проведено хирургическое вмешательство у 43 больных с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти на уровне костно-фиброзного канала. Из них 29 (67,4%) мужчин, 14 (32,6%) женщин.

Результаты исследования. Отдаленные результаты лечения изучены у 43 (100%) больных. Результаты лечения оценивались по трехбалльной системе: хороший 38 (88,3%), удовлетворительный 4 (9,3%) и неудовлетворительный 1 (2,4%).

Выводы. Таким образом, разработанный нами способ способствует повышению эффективности хирургического лечения сухожилий сгибателей пальцев кисти, за счет восстановления сухожилия и одномоментного формирования его влагаллица для уменьшения развития спаечного процесса, а также сокращает общий срок лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПТЕРИГИУМЭКТОМИИ

Шорустамова М., Нозимов А.Э., Оралов Б.А., Миррахимова С.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Птеригиум – патологическое нарастание конъюнктивы на роговичную оболочку. Ранние стадии заболевания обычно протекают бессимптомно и, как правило, при медленном росте проявляется как косметический дискомфорт для пациента. Однако, при дальнейшем прогрессировании и закрытии зрачковой зоны приводит к существенному снижению остроты зрения. После проведенного стандартного хирургического лечения птеригиум характеризуется высокой частотой рецидивов - до 60%. В настоящее время с целью снижения частоты рецидивов используются такой препарат как Митомицин С, бета-облучение и анти-VEGF терапия. Широкое распространение получило такое новое эффективное направление в офтальмологии как фотодинамическая терапия (ФДТ), основанная на применении фотосенсибилизаторов (ФС) и низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения ФС.

Цель. Совершенствование лечения послеоперационного периода птеригиумэктомии.

Материал и методы исследования: Нами обследованы 20 пациентов (20 глаз) в возрасте от 20 до 76 лет, из которых 10 мужчин и 10 женщин. Всем пациентам была проведена операция птеригиумэктомии, с пластикой аутоконъюнктивы на ножке по методике Э. Н. Билалова (1998). Для оценки эффективности комплексного лечения с применением ФДТ пациенты были разделены на 2 группы. В I группе (контрольная I) – 10 пациентов - после операции птеригиумэктомии была проведена комплексная терапия с применением стандартных препаратов (флоксадек, диклофенак 0,1%, солкосерил). Пациенты II группы (основная) - 10 пациентов, получали комбинированное лечение с применением ФДТ 300 мДж в импульсном режиме (630 нм 3 мин) в течении 7 дней, на отечественном аппарате "АЛТ-Восток" (разработанный Бахритдиновой Ф.А., Миррахимовой С.Ш., Нарзикуловой К.И. в 2015 году)

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у пациентов основной группы получавших комбинированное лечение ФДТ адаптация швов роговицы и заживление конъюнктивального лоскута происходило через 12 часов, тогда как в контрольной группе чувство инородного тела, свидетельствующее об адаптации конъюнктивальных швов, исчезло через 48 часов. Уменьшение гиперемии конъюнктивы в основной группе происходило на четвертый день после операции, в отличие от пациентов контрольной группы, где гиперемия конъюнктивы исчезала на 5-6 день. Так же, уменьшение признаков роговичного синдрома, которое проявлялось в виде слезотечения, светобоязни и блефароспазма в основной группе происходило быстрее, на вторые сутки после операции, в контрольной группе улучшение данных показателей наблюдалось на 4-5 день. По данным проведенных исследований можно судить, что терапевтическая активность лечения в контрольной группе значительно ниже, чем в основной группе с ФДТ.

Выводы. Терапия пациентов после операции птеригиумэктомии с использованием ФДТ усиливает эффективность базисного лечения и сокращает сроки воспалительного процесса. Применение ФДТ в 300 мДж импульсном режиме в течении 7 дней, аппаратом "АЛТ-Восток" в комплексной терапии послеоперационного периода птеригиумэктомии значительно облегчает течение воспалительного процесса и сокращает сроки эпителизации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА АПФ- ПЕРИНДОПРИЛА В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ

Шофотихов А.Ф., Билалов Э.Н.

Ташкентская медицинская академия

Введение: больные с первичной глаукомой старших возрастных групп часто имеют несколько сопутствующих соматических заболеваний, наиболее распространенной патологией в пожилом и старческом возрасте является артериальная гипертензия (АГ). Высокие цифры артериального давления (АД) в ходе операции по поводу глаукомы являются причиной серьезных интра- и послеоперационных осложнений, таких как гипемиа, гемофтальм, экспульсивная геморагия, которые могут привести к функциональной гибели глазного яблока. Поэтому адекватный контроль АД и максимальное снижение внутриглазного давления (ВГД) в параоперационном периоде является важным аспектом при подготовке пациента к офтальмохирургическому вмешательству.

Цель исследования: оценка эффективности снижения внутриглазного давления при применении периндоприла в качестве гипотензивного средства в дооперационной подготовке в хирургии глауком у больных с артериальной гипертензией.

Методы исследования: обследованы 20 больных мужского и женского пола, в возрасте от 40 до 70 лет с глаукомой и сопутствующей артериальной гипертензией, в каждом клиническом случае артериальная гипертензия предшествовала установлению диагноза глаукомы. Больные разделены на 2 группы: 1-группа (контрольная) больные со стандартной терапией дооперационной подготовки хирургии глаукомы, 2-группа (основная) – больные, принимающие Периндоприл в качестве гипотензивного средства в дооперационной подготовке в хирургии глаукомы. У всех больных проводилась суточное измерение АД по Короткову, ВГД методом контактной тонометрии в дооперационном и послеоперационном периодах.

Результаты: На фоне проведенной дооперационной антигипертензивной терапии через 10 дней от начала лечения отмечено достоверное ($p < 0,01$) улучшение показателей АД: снижение САД на $42,89 \pm 1,11$ мм.рт.ст., ДАД- на $4,3 \pm 1,1$ мм.рт.ст. После операции на фоне АГТ АД продолжало снижаться, и через 5 дней составило: снижение САД на $43,9 \pm 1,18$ мм.рт.ст., снижение ДАД на $8,19 \pm 4,1$ мм.рт.ст. по сравнению с исходным уровнем. На фоне проведенного медикаментозного лечения бримоптиком (бета-адреноблокатор) местно и периндоприлом в качестве антигипертензивного средства через 10 дней ВГД снизилось с $38,0 \pm 4,62$ мм.рт.ст. на $35,1 \pm 1,33$ мм.рт.ст. В результате оперативного лечения произошло дальнейшее снижение ВГД на $21,12 \pm 0,18$ мм.рт.ст., что в большей степени связано с самой операцией.

Выводы: Проведенная с помощью препарата периндоприл параоперационная коррекция артериального давления у пациентов с глаукомой и сопутствующей артериальной гипертензией позволила достичь оптимальных цифр АД у большинства больных, дополнительно к эффекту антиглаукоматозных препаратов, снизить уровень ВГД, тем самым более эффективно подготовить пациентов к оперативному лечению, избежать как операционных, так и послеоперационных осложнений, улучшить послеоперационный прогноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НПВС В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ

Эгамбердиева М.Э., Маткаримов А.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Катаракта – помутнение хрусталика, является основной причиной слепоты в развивающихся странах. Хирургия катаракты признана Всемирной Организацией Здравоохранения единственной, в полной мере реабилитирующей операцией, среди всех хирургических вмешательств. При неосложненном типичном течении послеоперационного периода на фоне противовоспалительной терапии симптомы ответной реакции на хирургическое вмешательство исчезают через 2-3 дня. На сегодняшний день препаратами выбора для профилактики и лечения послеоперационного неинфекционного воспаления принято считать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). НПВС доказали свою эффективность в отношении предупреждения развития послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции (ЭВР) и кистозного макулярного отека (КМО), что было подтверждено на основании многочисленных исследований. Традиционно лекарственные средства выбирают, основываясь на контролируемые клинические исследования.

Главной целью терапии после экстракции катаракты являются предотвращение осложнений, определение причины послеоперационного воспаления, поддержание нормального уровня активности пациента и повышение качества жизни.

Цель. Оптимизация методов послеоперационного лечения катаракты с использованием отечественного нестероидного противовоспалительного препарата «Диклофенак», 0,1% капли глазные, производства СП ООО «Jurabek Laboratories».

Материал и методы исследования: В исследование было включено 60 человек (60 глаз): 21 мужчин и 39 женщин, средний возраст больных составил 18 - 73 лет.

В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 однородные группы: по 30 пациентов в каждой. Пациентам контрольной группы в послеоперационном периоде назначался НПВС зарубежного производства «Диклофенак офтальмик» 0,1% капли глазные по 5мл, производства ЗАО «Ликвор», Армения, по 2 капли 4 раза в день. В основной группе пациентов назначался НПВС отечественного производства «Диклофенак» 0,1% 5мл. капли глазные, производства СП ООО «Jurabek Laboratories», Узбекистан, по 2 капли 4 раза в день. Всем пациентам кроме вышеуказанных препаратов назначалась антибиотикотерапия. Лечение проводилось в течение 10 дней.

Всем пациентам проводили общеофтальмологические методы исследования: визиометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде объективными симптомами были: инъекция сосудов конъюнктивы и склеры, отек конъюнктивы и невыраженное слезотечение.

Эффективность комплексного лечения подтверждена сокращением сроков купирования основных симптомов воспаления у пациентов обеих групп. Субъективное улучшение состояния глаз у пациентов основной и контрольной групп отмечалось уже на следующие сутки от начала лечения. На 3-й день лечения отмечена положительная динамика по всем объективным параметрам: отмечали прекращение слезотечения, также отсутствовали отек, инъекция сосудов конъюнктивы и склеры: в 100% в контрольной группе и 96,7% случаев в основной группе.

Оба препарата не вызывали побочных действий и хорошо переносились пациентами. Лишь у 20% пациентов основной и 16% пациентов контрольной группы отмечалось кратковременное чувство жжения, которое купировалось в течение 1 минуты. Переносимость проводимого лечения в группе, получавшей отечественный НПВС составила 93,4%, в группе, получавшей НПВС зарубежного производства - 95,7%.

Выводы. По результатам проведенных нами исследований доказано, что терапия после экстракции катаракты с применением препарата НПВС отечественного производства, не уступает по эффективности и переносимости препарату зарубежного производства и может применяться в послеоперационном периоде катаракты.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИДАГИ БЕМОРИНГ ЖИСМОНИЙ ВА РУХИЙ ҲОЛАТИДАН КЕЛИБ ЧИҚҚАН ҲОЛДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ОЛИБ БОРИШ

Юсуфбекова М. З., Курязов А.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Болалар ва қарияларда 5-6%, катта ёшлиларда 10% дан ортик тери сатхи куйганда куйиш касаллиги ривожланади. Бу касаллик 4 босқичдан, яъни шок, токсемия, септикотоксемия ва тузалиш босқичларга бўлинади. Бу босқичларнинг ҳар бири ўзига хос оғир ҳолатда кечади. Бу даврларда бемор ҳар томонлама парваришига муҳтож бўлади. Касаллик кучли оғриқ билан кечади, аъзоларнинг функционал ҳолати пасайиб кетади. Жароҳатнинг чуқурлиги ва катталигидан, токсемиянинг ривожланишидан бемор ҳолдан тойиб боради. Тузалиш даври узоқ давом этади ва танада турли хил асоратлар қолиб кетиши мумкин. Агар бемор танасининг кўринадиган қисмларида қўпол чандиқлар пайдо бўла бошласа ёки қўл ва оёқ бўғимлари деформацияси натижасида ҳаракат фаоллиги чегараланса бемор ўзининг бу ҳолатидан чуқур рухий тушқинликка тушади.

Шундай ҳолатда бемор билан илиқ мулоқот ўрната билиш, руҳиятига таъсир қилиш, кўнглини кўтариб унинг бутунлай тузалиб кетишига ишонч ҳосил қилиш тиббий ходимлардан шу жумладан ҳамширадан катта маҳорат, сабр ва билим эгаси бўлишликни талаб этади.

Амалиёт жараёнида беморлар билан мулоқот, даволаш ва беморлар парвариши жараёнини таҳлил қилиб қуйидаги ҳаракатларни амалга тадбиқ қилиш лозим деб ҳисоблаймиз:

- бемор билан самимий мулоқотда бўлиб ўз яқин кишингиздек муомала қилиш;
- юзага келган касаллик асоратлари ортда қолиб кетишига ишонтириш;
- қийинчиликларни енгиб ўтишга даъват қилиш ва келажақда эришиши мумкин бўлган марраларни ва жимиятда уни кутаётган ва фақат у бажараоладиган ишларни эслатиб туриш;
- ҳар бир тиббий муолажани аниқ ва меҳрибонлик билан бажариш в.б.

Кундалик фаолиятимизда мана шу ва бошқа самарали тадбирларни олиб кириш касалликнинг кечишида ва бемор руҳий мувозанатини сақлашда ижобий натижалар беради.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х.

Ташкентская медицинская академия

Воспалительные заболевания околоносовых пазух протекают выраженным сдвигом гематологических показателей интоксикации организма. При анализе изменений интегральных показателей лейкоцитов периферической крови больных с гемобластозами были установлены статистически значимые различия по сравнению с показателями здоровых лиц: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – возрастает в 3,5 раза, лейкоцитарный индекс (ЛИ) – в 5,2 раза, индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ) – в 1,8 раза, индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ) – в 8,5 раза. На наш взгляд, это связано с нарушением иммунной системы, преобладанием катаболических процессов, снижением общей резистентности организма и агрессивностью проводимой терапии.

При анализе изменений интегральных показателей лейкоцитов периферической крови больных были установлены статистически значимые различия по сравнению с показателями здоровых лиц. Так, ЛИИ у больных с острыми и хроническими лейкозами повышается в 3,8 и 3 раза, что, на наш взгляд связано с увеличением числа сегментоядерных форм лейкоцитов, плазматических клеток и снижением числа эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов. Уменьшение числа эозинофильных лейкоцитов, имеющих дезинтоксикационную функциональную направленность, а также лимфоцитов и моноцитов рассматривается как признак угнетения иммунитета, а появление в крови их молодых и незрелых форм свидетельствует о напряженности компенсаторных процессов, обеспечивающих детоксикацию. Показатель ЛИ, отражающий взаимоотношение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы, достоверно отличался от контроля в 5,83 и 4,7 раза, соответственно в группах с острым и хроническим лейкозами. Показатель ИСНМ возрастает в 2,16 и 1,66 раза, указывая на повышение неспецифического воспалительного процесса. При остром и хроническом лейкозе показатель ИСЛЭ статистически значимо возрастал в 9,93 и 7 раза, соответственно, свидетельствуя о нарастании аутоинтоксикации соответственно увеличению тяжести процесса, перенапряжении механизмов адаптации и переходе адаптационно-компенсаторных иммунологических реакций в повреждающие. В данном случае имело место нарушение иммунологической реактивности.

В ходе обследования отмечены следующие особенности течения инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у больных лейкозом: при хронических гемобластозах гнойно-воспалительные заболевания протекали со стертой клинической картиной; при острых гемобластозах, особенно в период индукции ремиссии, гнойно-воспалительные

заболевания носа и околоносовых пазух протекали с выраженными симптомами гнойного процесса; воспалительные заболевания околоносовых пазух протекают выраженным сдвигом гематологических показателей интоксикации организма.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что пациенты, страдающие гемобластозами, показывают в результате своего заболевания и/или терапии пониженный иммунологический статус. Это приводит к увеличению частоты инфекционных заболеваний носа и околоносовых пазух. С другой стороны, рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей могут быть причиной развития заболеваний системы крови.

САЧРАТҚИ ЎСИМЛИГИ ҚУРУҚ ЭСТРАКТИНИНГ АЛЛОКСАНЛИ ДИАБЕТ КЕЧИМИГА ТАЪСИРИ

Асқаров О.О., Аллаева М.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Ишининг мақсади: Бугунги кун табobati касалликларни даволашда имкон қадар табиий манбалардан фойдаланиш, доривор ўсимликларнинг шифобахш хусусиятларини кенгроқ ўрганиш ва улардан тиббиёт амалиётида тўла қонли даражада фойдаланишни тавсия этмоқда.

Юқоридагиларни инобатга олиб, биз Ибн Сино қўллаган ўсимликлар ва улар асосида тайёрланган йиғмалар ва улардан олинadиган доривор воситаларни (қайнатма, дамлама, қуруқ экстрактларни) илмий асосда замонавий фармакологик усулларда қайта кўриб чиқишни ва ўзи тасдиғини топган йиғма ва улардан олинadиган доривор воситаларни тиббиёт амалиётига тадбиқ этишни ўз олдимишга мақсад қилиб қўйдик.

Тажриба материаллари ва усуллари: Тажриба ҳайвонлари сифатида 42 та вазни 136-210 г. ли каламушлар олинди ва қорин пардаси остига 150 мг/кг миқдорда аллоксан юбориш йўли билан ҳосил қилинди. Сўнгра ҳайвонлар 14 кун давомида сачратқи қуруқ экстракти ва Глукейр препаратларини 100 мг/кг дозада юбориш йўли билан даволанди. Динамикада биокимёвий кўрсаткичлар кузатиб борилди.

Олинган натижалар тахлили: Тажрибанинг 3-кунига келиб, назорат ҳайвонларида қондаги глюкоза миқдори дастлабқига қараганда 4 баробар ортди ва $27,3 \pm 1,14$ ммоль/л ни ташкил қилди, жигарда гликоген миқдори 2,5 марта камайди ва $1,9 \pm 0,15$ г.% ни ташкил қилди. Шунингдек, умумий холестерин миқдори, АлТ ва АсТ фаоллиги ортганлиги аниқланди. Сачратқи қуруқ экстракти и "Глукейр" 100 мг/кг дан юборилганда 14-кунга келиб, қондаги глюкоза миқдори назоратга нисбатан 67 ва 48 % га камайди. Шунингдек, жигардаги гликоген миқдорининг яққол ортганлиги аниқланди, 14-кунга келиб назорат гуруҳида гликоген миқдори $2,0 \pm 0,094$ г/% бўлса, Диакар ва Глукейр олган гуруҳларда мос равишда $6 \pm 0,32$ ва $5,1 \pm 0,29$ г/% га тенг бўлди. Холестерин, АлТ ва АсТ курсаткичлари эса препаратлар билан даволанган айвонларда сезиларли равишда пасайиб, меъёрдаги кўрсаткичларга яқинлашди. Ҳайвонларнинг бир қисми яна кузатиш учун қолдирилди ва 28-кунга келиб, биокимёвий курсаткичлар текширилди.

Хулоса: Демак, сачратқи қуруқ экстракти аллоксанли диабетнинг кечимига ижобий таъсир кўрсатади, моддалар алмашинувини яхшилаб, биокимёвий кўрсаткичларни меъёрга келтиради.

COLUBER KARELINI NING ДЮВЕРНУА БЕЗИ АНАТОМО-ГИСТОЛОГИК ТУЗИЛИШИ

Бобоев М., Рахматуллаев Э.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Заҳар безларининг анатомо-гистологик тузилишлари жиҳатидан фарқланиши ҳамма заҳарли безларда ҳам учрайвермайди. Масалан: *Coluber karelini* дювернуа безида олдинги қисми бўлмайди. Шунинг учун шилимшиқ қават эпителийси хужайралари безнинг аралаш, яъни оқсил-шилимшиқ секретор бўлимида жойлашганини кўраимиз. Заҳарли безларни топографик жиҳатидан турли-туман жузъий кўринишда жойлашиши фақат оилага ёки турга мансуб бўлиб қолмай, балки битта туркумга хос вакилларида ҳам учраши мумкин.

Гистологик текширишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, заҳарли безлари қанчалик хилма-хил тузилиши ва шаклига эга бўлмасин таркибида албатта сероз-шилимшиқ эпителий мавжудлиги аниқланди.

Заҳар безини топографик ўрганишлар натижасида маълум бўлишича, без ташқи томондан юпка бириктирувчи тўқима билан ўралган бўлиб, унга асосан устки томондан учта боғламча ва мускул туташади. Улар безни калла суяклар билан туташтириб тортиб туриши натижасида без узунчок учбурчак шаклда жойлашади. Учта боғламчалардан ташқари кўплаб ингичка толчалар ва апоневроз учрайди. Булардан ташқари заҳар безлари учун кўндаланг-тарғил мускуллар билан ҳам туташган бўлади. Булар: қанотсимон, ташқи яқинлаштирувчи ва сиқиб берувчи мускуллардир. Охирги мускул безнинг устки, пастки ва орқа томондан ўраб олиб қисқариши натижасида чаққан илон заҳарини ташқарига отилиб чиқишини таъминлайди. Бу мускул фақат конвульсинон, яъни тез қисқариш хусусиятига эга толчалардан ташкил топган бўлиб, кучли қисқариши натижасида безни заҳардан тезда бўшашини таъминлайди. Безнинг ички ҳақиқий мускули борлиги аниқланмаган.

Маълумки, кўпчилик илонларнинг юқориги ва пастки жағ суякларининг анатомик тузилишлари йирик ўлжаларни ҳам тезда, яъни забтдан ушлаб олиб уни аста-секин ютишга мослашган. Бундай ҳаракатнинг содир бўлиши асосан танглай, қанотсимон, кўндаланг ва тангачасимон суякларнинг шакли ва тузилиши ҳамда ниҳоятда чўзилувчан боғламчалар билан туташиб тез ҳаракат қилишга мослашганлигини таъминлаб беради. Юқориги жағ суякларига туташган заҳар тишлари анча катта бўлиб, илон чаққанида заҳар тиши ичидаги канали орқали заҳари тезда отилиб чиқади.

Заҳар безини фронтал ҳолда кесиб кўрилганида олдинги ва орқа бўлимларидан ташкил топган бўлиб, уларни бир-бири билан туташтириб турувчи каналга эга. Олдинги кичик бўлим эса заҳарли тиш канали билан туташган бўлади.

Заҳар бези гистологик тузилишига қараб оддий тармоқланган найсимон безлар қаторига кирса, хужайралари оқсил ва шилимшиқ модда ишлаб беришига қараб аралаш безлар қаторига кирди.

Хулоса қиладиган бўлсақ, заҳар безининг гистологик тузилиши ўрганилиши натижасида без орқа бўлими секретор найининг девори бир неча хил хужайралардан ташкил топганлиги, уларнинг ичида оқсил моддасини синтез қилиб берувчи устинсимон хужайралар кўплаб учраши, бу хужайраларнинг ультраструктураси кузатилганида, цитоплазмасида яхши ривожланган пластинкасимон комплекс, кўплаб рибосомаларига эга эндоплазматик тўр, йирик митохондрий,

осмиофил секретор томчилари ҳамда хужайра апикал қисмида қўлаб микроворсинкалар мавжудлиги аниқланди. Без орқа бўлимида устинсимон хужайралардан ташқари унча аҳамиятга моил бўлмаган хужайра учраб, унинг таркибида юқоридаги секретор хужайраларига хос хусусиятлар кузатилмади.

РОЛЬ АПОПТОЗА В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ганиев А. К.

Ташкентская медицинская академия

Введение. В последнее время наблюдается существенное увеличение заболеваемости хроническим и острым панкреатитом. Поэтому изучение механизмов развития, течения, диагностики и лечения указанной патологии сегодня становится чрезвычайно актуальной проблемой. По данным некоторых американских исследователей [1], среди больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, большинство случаев госпитализации приходится на пациентов с острым панкреатитом.

Распространённость острого и хронического панкреатита в большинстве случаев зависит от возраста и пола пациента [2]. В борьбе против острого и хронического панкреатита большое внимание уделяется исследованию роли апоптоза клеток поджелудочной железы (ПЖЖ), участию ферментов в различных химических и физиологических процессах, в частности в реализации иммунного ответа, обмене веществ, воспалении, пищеварении.

Поджелудочная железа является основной железой в системе пищеварения. Она секретирует ферменты в просвет двенадцатиперстной кишки (протеазы: трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза; нуклеазы; стеапсин; амилаза; липаза).

Апоптоз занимает ведущее место в поддержании гомеостаза, сохранении клеточного баланса в физиологических условиях. Он участвует в удалении избытка клеток, особенно в нервной и иммунной системах [3].

Нарушение регуляции апоптоза лежит в основе аутоиммунных заболеваний [4]. Определение молекулярных механизмов, механизмов генетического контроля и модулирования апоптотического процесса необходимо для понимания патогенеза заболеваний [3].

Сигналы, индуцирующие апоптоз, разнообразны, но даже одинаковые сигналы в зависимости от исходного состояния клетки могут запускать дифференциацию и пролиферацию [3,5]. Триггеры могут действовать на разных стадиях апоптотического каскада в зависимости от начального стимула. Пути, которые приводят к активации апоптоза, различны для разных клеток, но финал – общий.

Ферменты поджелудочной железы:

- протеазы:
- трипсин – протеаза, аналогичная пепсину желудка,
- химотрипсин – также протеаза, расщепляющая белки пищи,
- карбоксипептидаза,
- несколько различных эластаз, расщепляющих эластин и некоторые другие белки;
- нуклеазы, расщепляющие нуклеиновые кислоты ДНК и РНК;
- стеапсин, расщепляющий жиры;
- амилаза, расщепляющая крахмал и гликоген, а также другие углеводы;
- липаза поджелудочной железы – важнейший фермент в переваривании жиров. Она действует на жиры (триглицериды), предварительно эмульгированные желчью, секретируемой в просвет кишечника печенью.

Стадии апоптоза

Процесс апоптоза может быть структурно разделен на три независимые фазы: инициация (каскад протеинокиназ), эффекторная фаза (активация каспаз и нуклеаз) и деградация [6]. Индукторами апоптоза могут быть как внешние (внеклеточные) факторы, так и внутренние (внутриклеточные) сигналы. Сигнал воспринимается рецептором и далее последовательно передается молекулам-посредникам различного порядка, достигает ядра, где происходит включение программы клеточного «самоубийства» путем активации «летальных» генов и/или репрессии генов, продукты транскрипции которых блокируют реализацию этой программы. В течение эффекторной фазы различные иницирующие пути конвертируются в общий путь апоптоза. Вслед за эффекторной наступает фаза деградации клетки, которая характеризуется деструкцией клеточного материала и является общей для всех иницирующих путей.

Пути активации апоптоза

Выделяют два основных пути развития эффекторной фазы. Их отличия заключаются в механизме инициации транскрипции сигнала, то есть внешний – рецептор-зависимый сигнальный путь с участием рецепторов гибели клетки (суперсемейства TNF-рецепторов) и внутренний – митохондриальный путь. Инициаторная фаза апоптоза может осуществляться через «рецепторы смерти» [7,8].

Существует мембранный белок, имеющий в своей структуре внеклеточный, трансмембранный и цитоплазматический домены, – это белок Fas (APO-1, CD95). В его цитоплазматическом участке находится гомологичный домен, который необходим для передачи сигнала смерти [3,6].

Наиболее изученной является последовательность событий, приводящих к апоптозу, в результате взаимодействия белков из семейства факторов некроза опухоли со специфическими рецепторами [6,8]. В качестве примера можно привести систему Fas-FasL, на примере которой мы рассмотрим внешний путь индукции апоптоза. Принципиальное отличие внешнего от внутреннего пути заключается в том, что он обходит регулирование со стороны белков определенного семейства bcl-2 и является Ca²⁺-независимым.

Апоптоз играет важную роль в определении количественного и качественного состава клеток иммунной системы [6,8]. Одной из фундаментальных особенностей иммунной системы является ее способность не реагировать на молекулы собственного организма. Для этого в тимусе одновременно с процессами пролиферации и созревания тимоцитов протекают процессы их селекции – отбора «нужных» Т-лимфоцитов. Положительная селекция заключается в том, что дальнейшей дифференцировке подвергаются только те клетки, Т-клеточные рецепторы которых обладают невысокой аффинностью к собственным молекулам главного комплекса гистосовместимости (ГКГ). Т-клетки, которые обладают очень высокой или очень низкой аффинностью к собственным молекулам ГКГ, подвергаются апоптозу и погибают.

Нарушение регуляции апоптоза в лимфоидных клетках может стать одним из факторов, вовлеченных в патогенез аутоиммунных заболеваний [6]. Было показано, что механизмы, контролирующие запрограммированную гибель лимфоцитов, оказывают влияние на развитие аутоиммунитета у NOD (non-obesediabetic) мышей. Резистентность Т-клеток к апоптозу у NOD мышей, как было установлено, связана с возрастанием антиапоптотического фактора Bcl-x в Т-клетках, чем, возможно, и объясняется аутоиммунный ответ при таком заболевании как сахарный диабет. Также наблюдается снижен-

ная экспрессия проапоптозного антигена Fas на поверхности Т-лимфоцитов. Таким образом, устойчивость лимфоцитов к апоптозу может приводить к пролонгации иммунного ответа и задержке клональной делеции аутореактивных клеток.

Роль апоптоза в деструкции β -клеток

Существует несколько гипотез, объясняющих возникновение СД типа 1 при апоптозе β -клеток [6]. Согласно первой модели, β -клетки разрушаются цитотоксичными Т-клетками с участием перфоринов и гранзимов как эффекторных молекул. Перфорин вызывает лизис клеток-мишеней, тогда как гранзимы А и В являются основной причиной запуска процесса апоптоза. Сторонники другой теории предполагают, что зрелые Т-хелперы (Тх), прошедшие антиген-зависимую дифференцировку, синтезируют и секретируют многие провоспалительные цитокины [2]. Последние усиливают инфильтрацию очага воспаления мононуклеарными лимфоцитами (моноцитами и макрофагами) и инициируют экспрессию молекул адгезии на эндотелиальных клетках, а также высвобождение из них других медиаторов воспаления. Макрофаги, стимулированные интерфероном- γ (IFN- γ), продуцируют интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β) и TNF- α , которые вместе с IFN- γ ведут к β -клеточной токсичности. При инкубации островков ПЖЖ человека комбинацией цитокинов (ИЛ-1 β +TNF- α +IFN- γ) наблюдается индукция апоптоза β -клеток [9,10]. Кроме того, модель предполагает, что ИЛ-1 β приводит к экспрессии Fas β -клетками, делая их восприимчивыми к лизису Тх-1, и цитотоксическими Т-клетками, экспрессирующими FasL. Однако до сих пор не ясно, этот процесс вызван апоптозом, некрозом или комбинацией данных процессов.

На сегодняшний день существует еще одна гипотеза, которая считается наиболее обоснованной [6]. Согласно ей, патологический иммунный ответ опосредован Тх 1-го типа, тогда как протективный ответ связан с Тх 2-го типа. Подтипы Тх продуцируют различные цитокины. Тх-1 выделяют ИЛ-2, IFN- γ , TNF- β и опосредуют клеточный иммунитет, а Тх-2 выделяют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-9, ИЛ-10, ИЛ-13 и участвуют в гуморальном иммунитете. Многие исследования подтверждают гипотезу, что выделяемые Тх-1 цитокины приводят к деструкции β -клеток, тогда как цитокины, секретируемые Тх-2, защищают β -клетки путем супрессии Тх-1. ИЛ-4 и тромбозитарный фактор роста (TGF- β), перенесенные в панкреатические β -клетки NOD мышей, предотвращают аутоиммунный диабет.

Когда мы рассматриваем непосредственно развитие острого панкреатита, мы понимаем что существует еще множество теорий, которые объясняют механизм данного заболевания. Основными из них являются теория «общего канала» и протоковой гипертензии, сосудистая, нейрогенная, травматическая, инфекционно-аллергическая, вирусная, аутоиммунная, метаболическая. Установлено что превращение трипсиногена в трипсин активирует проферменты, и внутри ацинарных клеток уже на самой ранней стадии заболевания, по экспериментальным данным, в пределах 15 минут с момента индукции панкреатита запускается гибель клеток [11].

Ацинарные клетки являются источником синтеза белков в шероховатом эндоплазматическом ретикулуме и транспортируются в комплекс Гольджи, где подвергаются посттрансляционной обработке. Ацинарные клетки также синтезируют ферменты, которые предназначены для переваривания внутриклеточных субстратов и локализируются в комплекс Гольджи в лизосомах ацинарных клеток. Проходя через комплекс Гольджи, лизосомальные протеиназы фосфорилируются, отделяются от секреторных протеинов, затем соединяются с рецепторами комплекса Гольджи и транспортируются отдельно от секреторных протеинов в лизосомальный компартмент клетки. Возможность воздействия лизосомальных протеиназ на проэнзимы поджелудочной железы обусловлена нарушением путей разобщения этих веществ при прохождении их через комплекс Гольджи на ранних этапах развития острого панкреатита. В результате этого лизосомальные протеиназы и пищеварительные ферменты оказываются в одних и тех же внутриклеточных вакуолях [11].

В активации трипсиногена и превращении его в трипсин могут играть роль протеиназы, содержащиеся в лизосомах ацинарных клеток, а именно – катепсин В. Его активность повышается при остром панкреатите [11,12].

В процессе развития острого панкреатита было показано снижение почти на 50% содержания активного трипсина в ацинарных клетках и количества ацинарных клеток, которые подверглись некрозу [11]. При субпороговом повреждении поджелудочной железы системные реакции развиваются независимо от степени начальной активации трипсиногена и/или степени повреждения ацинарных клеток. Предполагают, что развитие апоптоза ацинарных клеток независимо от степени активации трипсиногена обусловлено агрессивностью причинного фактора. Эту точку зрения подтверждает разная степень вовлечения в апоптоз ацинарных клеток при панкреатитах различной тяжести течения.

Некроз ацинарных клеток при остром панкреатите сопровождается нарушением целостности клеточных мембран, что запускает процесс самопереваривания поджелудочной железы. При апоптозе клеточные мембраны ацинарных клеток остаются неповрежденными, поэтому воздействия ферментов на паренхиму железы не происходит. Эта гипотеза подтверждается результатами многочисленных экспериментальных исследований, которые свидетельствуют о том, что при легких, отечных формах панкреатита более выражен апоптоз ацинарных клеток, в то время как при тяжелых, деструктивных – некроз [11].

При остром панкреатите апоптоз ацинарных клеток сопровождается экспрессией про- и антиапоптотических генов – p53, bax, bclXL. В процесс вовлечены различные медиаторы, опосредующие регуляцию молекулярных механизмов апоптоза [6,11].

Также доказано, что повышение сывороточной активности фосфолипазы A_2 при остром панкреатите коррелирует с тяжестью заболевания, причем повышенная активность обусловлена ферментом типа II, которому отводится роль острофазового белка, который участвует в системном воспалительном ответе и обуславливает системные осложнения острого панкреатита [11,13].

Таким образом, анализ данных литературы указывает на то, что острый и хронический панкреатит является наиболее частым желудочно-кишечным заболеванием. В патогенезе его развития особую роль играет апоптоз, который зависит от активности ферментов иммунной и цитокиновой систем, что необходимо учитывать при назначении патогенетической терапии.

Литературы

1. Гапп Дж., Холл А.Дж., Уолтерс Р.В., Джаханн Д. Тенденции и результаты госпитализации, связанной с острым панкреатитом Эпидемиология с 2001 по 2014 в США // *Pancreas*. – 2019. – Vol. 48, №4. – P. 548-554.
2. Pendharkar S.A., Mathew J., Petrov M.S. Age- and sex-specific prevalence of diabetes associated with diseases of the exocrine pancreas: a population-based study // *Dig. Liver Dis.* – 2017. – Vol. 49. – P. 540-544.
3. Walczak H., Krammer P.H. The CD95 (APO-1/Fas) and the TRAIL (APO2L) apoptosis system // *Exp. Cell Res.* – 2000. – Vol. 256. – P. 58-66.
4. Zhou T., Song L., Yang P. et al. Bisindolylmaleimide VIII facilitates Fas-mediated apoptosis and inhibits T-cell-mediated autoimmune diseases // *Nat. Med.* – 1999. – Vol. 5. – P. 42-48.
5. Kabelitz D., Pohl T., Pechhold K. Activation-induced cell death (apoptosis) of mature peripheral T-lymphocytes // *Immunol. Today.* – 1993. – Vol. 14. – P. 338-339.

6. Pekareva E.V., Nikonova T.V., Smirnova O.M. The role of apoptosis in pathogenesis of type 1 diabetes mellitus, Endocrinological Research Centre. – M., 2010. – P. 45-49.
7. De Franco S., Bonissoni S., Cerutti F. et al. Defective function of Fas in patients with type 1 diabetes associated with other autoimmune diseases // *Diabetes*. – 2001. – Vol. 50. – P. 483-488.
8. Сибиряк С.В., Капулер О.М., Курчатова Н.Н. и др. Апоптоз и иммунная система. – 2006. – С. 127-133.
9. Mandrup-Poulsen T. The role of interleukin-1 in the pathogenesis of IDDM // *Diabetologia*. – 1996. – Vol. 39. – P. 1005-1029.
10. Rutter G.A., Wong F.S. THE pancreatic β -cells: birth, life and death // *Biochem. Soc. Trans.* – 2008. – Vol. 36. – P. 267-271.
11. Давыдов В.Г. Роль апоптоза ацинарных клеток поджелудочной железы в патогенезе острого панкреатита // *Казанский мед. журн.* – 2004. – Т. 85, №5.
12. Frossard J.L. // *J. Op. J. Pancreas (online)*. – 2001. – Vol. 2, №2. – P. 69-77.
13. Ustyantseva I.M., Khokhlova O.I. Pathogenetic factors in development of systemic inflammatory response and multiple organ dysfunction syndrome in acute pancreatitis. – *Leninsk-Kuznetsky (Russia)*, 2014. – P. 61-75.

ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ У КРЫС ПРИ ПАССИВНОМ КУРЕНИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ НАТРИЙ ГЛУТАМАТА

Гецько Н. В., Криницкая И. Я.

*Тернопольский национальный медицинский университет
им. И.Я. Горбачевского Украины*

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), табак ежегодно убивает более 8 миллионов человек во всем мире, из которых около 1,2 миллиона являются результатом пассивного курения. В то же время распространённая пищевая добавка натрий глутамат не всегда безопасна для здоровья человека. Реальная угроза одновременного поступления в организм табачного дыма и натрий глутамата придает изучению их сочетанного действия особую актуальность.

Целью данной работы было изучить влияние пассивного курения на фоне длительного введения натрий глутамата на активность АЛТ сыворотки крови у половозрелых крыс.

Опыты проведены на 32 беспородных половозрелых белых крысах-самцах. Животных делили на четыре группы: I - контроль (n=8); II - крысы, которым моделировали пассивное курение (n=8); III - крысы, которым вводили натрий глутамат (n=8); IV - крысы, которые подвергались сочетанному действию табачного дыма и натрий глутамата (n= 8). Моделировали «пассивное курение» путем помещения крыс в специально сконструированную камеру из оргстекла, в которой распределяли табачный дым. Натрий глутамат вводили внутривенно в дозе 30 мг/кг в течение 30 дней.

При пассивном курении активность АЛТ в сыворотке крови половозрелых крыс достоверно повысилась в 2,6 раза относительно контрольной группы. Пассивное курение на фоне применения натрий глутамата сопровождалось более выраженным повышением данного показателя (в 4,5 раза ($p < 0,001$)) относительно контрольной группы, что на 68,8 % ($p < 0,001$) превышало показатель при изолированном действии табачного дыма и в 2,7 раза ($p < 0,001$) - показатель при изолированном действии натрий глутамата. При этом изолированное введение натрий глутамата обусловило достоверное повышение активности АЛТ на 62,5 % в сыворотке крови по сравнению с данными контрольных крыс.

Пассивное курение на фоне применения натрий глутамата сопровождается выраженным повышением активности аланинаминотрансферазы в сыворотке крови крыс, что указывает на развитие синдрома цитолиза в печени.

СОСТОЯНИЕ ГИСТОФИЗИОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ КЕТОГЕННОЙ ДИЕТЕ

Гусарова М.А., Гусарова Д.А., Абдумаликова И.А.

Медицинский факультет Кыргызско-Российского Славянского университета

Введение. Кетогенная диета появилась в начале 20 столетия, как один из вариантов рациона для лечения детской эпилепсии. В результате такой диеты в крови повышается уровень кетоновых тел, которые снижают частоту эпилептических припадков. Есть очевидные доказательства того, что кето-диета способна помочь вылечить ожирение и улучшить резистентность к инсулину. Но долгосрочное влияние кетогенной диеты на риски возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний печени, поджелудочной железы и появления толерантности к глюкозе – вопрос спорный.

Цель работы: Установить характер структурных изменений поджелудочной железы при долгосрочной жировой диете.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на белых беспородных лабораторных крысах-самцах весом 200-250 грамм с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС). Животные были разделены на две группы опытов. Животных первой группы в течение 30 дней кормили курдючным салом. Вторая группа состояла из здоровых животных и служила в качестве контроля. По истечению срока эксперимента животные под наркозом выводились из эксперимента. Кусочки поджелудочной железы фиксировались в 10% нейтральном формалине с последующим обезвоживанием в спиртах возрастающей концентрации, заливались в парафин. Готовились срезы толщиной 5-7 мкм с докраской гематоксилин эозином и по Ван Гизон. Готовые препараты изучались под микроскопом Olympus BX40 (Япония).

Результаты. На 15 день эксперимента экстраорганные сосуды поджелудочной железы подвергаются разнообразным изменениям. Одни сосуды спадаются, приобретают уплощенную форму, с разрастанием эндотелиального покрова противоположных стенок. Более мелкие артерии резко суживаются, вплоть до исчезновения просвета. Внутриорганные сосуды подвергаются выраженному отёку и дистрофии. В паренхиме железы отмечается появление молодой соединительной ткани и явления жировой дистрофии. Наряду с этим имеет место высокая капилляризация ацинарного аппарата. Отмечается усиление соединительно-тканых прослоек между ацинусами с прорастанием и также между ациноцитами. Со стороны долек поджелудочной железы изменения, характеризующиеся большой гетерогенностью.

Вывод. Исходя из результатов эксперимента можно сделать вывод о том, что при соблюдении долгосрочной кетогенной диеты происходят существенные изменения как в экзокринном, так и в эндокринном аппарате поджелудочной железы. Наблюдаются разнообразные изменения внутриорганных сосудов и также явления жировой дистрофии.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ И РАСЧЕТА БАЛАНСА ПОТОКА БИОСИГНАЛОВ НА ОСНОВЕ МИКРОКОНТРОЛЛЕРОВ

Джуманов Ж. Х., Ражабов Ф.Ф., Ким Е.В., Яхшибоев Р.

Ташкентский Университет Информационных Технологий

Введение. Современные компьютерные методы и средства исследования биомедицинских сигналов получили широкое развитие, особенно в областях электрокардиографии (ЭКГ) и электроэнцефалографии (ЭЭГ). На стыке медицины и информатики находятся важные проблемы фундаментального и прикладного характера, без решения которых невозможно существенное продвижение в область знаний по медицинским наукам

Одним из передовых методов являются применение многоразрядный АЦП (22-24 разрядный), что позволяет измерять биосигнал напрямую из электродов, расположенных на биообъекте. Такая реализация биоизмерителя имеет следующие достоинства:

- нет необходимости многоканальным малошумящим усилителям;
- уменьшение габаритов системы;
- возможность применения технологию сохранения сигнала «как есть».

Основой приборов функциональной диагностики в том числе ЭКГ должен быть компьютерный биоизмеритель, построенный на современной элементной базе, состоящей из многоканального и многоразрядного (22-24 разрядный) дельта сигма АЦП и 32 разрядного АРМ микропроцессора, конечно, с возможностью автономного (батарейного питания), сенсорным ЖК дисплеем.

ADC ADS1299(8) к контроллеру STM32F4 подключен через SPI1 [1]. Данная группа объединяет семейства, ориентированные, в первую очередь, на достижение минимального уровня потребления. Обмен по шине ведется по 6 соединениям, три из которых (SPI_CLK, SPI_OUT, SPI_IN) являются стандартным для последовательной связи SPI (serial port interface), остальные 3 обеспечивают корректность и синхронность работы АЦП ADS1298: SPI_CS- выход контроллера управляет выбором именно этого АЦП (Chip Select) если имеется более одного АЦП подключенных по шине SPI (рабочее состояние низкий уровень – логический 0); SPI_DRDY- вход контроллера (прерывания) готовности АЦП устройства для передачи текущего измерения (Driver Ready) (состояние готовности низкий уровень – логический 0), т.е. низкий уровень этого сигнала свидетельствует что АЦП готов для передачи в контроллер следующего измерения; SPI_RESET- выход контроллера управляет процессом сброса.

Через SPI команды (WREG: Write To Register-010r; nnnn) необходимо настроит конкретную работу АЦП, где 01r в двоичной системе номер регистра АЦП (их количества всего 24 (00 ... 23)) а nnnn количества последовательно изменяемых регистров минус 1 т.е. надо если изменить один регистр надо писать 0. Большинство регистры можно оставить в начальном (default) значении. Но можно записать все регистры 23 константами для определенности при включении питания. Запуск и остановка процесса циклического измерения АЦП через прямой доступ к памяти [2] (DMA- direct memory access) осуществляется двумя сервисными подпрограммами *void startADC (void)* и *void stopADC*.

Разработка программы драйвера жидкокристаллического дисплея (LCD) В качестве ЖК экрана (LCD) применяется, сенсорный дисплей 2,4 TFT LCD 240x320 (240*320 =76800 пиксели) который имеет ЖКИ-контроллер ILI9341 и контроллер сенсорных функций ХРТ2046. Данный дисплей через параллельный интерфейс FSMC-интерфейс STM32F4, легко соединяется, с микроконтроллером, обеспечивая его цветным (18-битный цвет = R 6 бит + G 6 бит+ B 6 бит = 262144 цветов или 16- битный цвет = R 5 бит + G 6 бит+ B 5 бит =65К цветов) сенсорным дисплеем с диагональю 2,4 дюйма [3].

С интерфейсом FSMC можно легко организовать взаимодействия с большинством графическими ЖК-контроллерами. Этот интерфейс поддерживает режимы работы с интерфейсом Intel 8080 и Motorola 6800 подключения ЖК контроллеров, и является достаточно гибким, чтобы адаптироваться к специальным ЖК-интерфейсам контроллеров в том числе контроллеру ILI9341. Возможность обмена параллельным интерфейсом с ЖК-дисплеем упрощает создание графических приложений с высокой производительностью со встроенным ускорением. FSMC реализует параллельный интерфейс обмена данными между различными устройствами. Используя FSMC при работе с внешней памятью, мы получаем возможность включить внешнюю память в адресное пространство микроконтроллера. При этом обращение к внешней памяти значительно упрощается необходимо просто обращаться к ОЗУ микроконтроллера по определенным заданным адресам. То есть все временными диаграммами, таймингами и прочими берет на себя модуль FSMC. Просто данные записываются по адресу - а FSMC формирует все сигналы линии данных и управления, полностью осуществляя непосредственную работу с подключаемым устройством.

Резистивный экран представляет собой стеклянный жидко кристаллический дисплей, на который наложена гибкая мембрана. На соприкасающиеся стороны нанесён резистивный слой, а пространство между плоскостями разделено диэлектриком. По краям пластин закреплены электроды. При нажатии экран и мембрана соприкасаются в точке касания и, таким образом создаётся обычный делитель напряжения. Напряжение с нижнего плеча делителя поступает на АЦП, которое, в свою очередь, преобразует его в координату. Поэтому такой экран реагирует на нажатие и на него можно нажимать любым твёрдым предметом: стилусом или карандашом. Сенсорный экран с контроллером ХРТ2046 является именно резистивным сенсорным экраном. Контроллер сенсорных функций ХРТ2046 соединено с STM32F4 через один из его трех коммуникационных портов SPI – SPI2. Алгоритм работы контроллера ХРТ2046 заключается в том, что с начало подаётся команда размерности 1 байт и потом считывается 2 байта данных. Формат байта команды для ХРТ2046.

Работы контроллера ХРТ2046 на запрос одного байта возвращается 2 байта данных. Причем старший бит данных (Bit11) в начале потока данных и передается переднем фронтом второго такта T_SCL. Также переднем фронтом восьмого такта первого байта SPI приема принимается Bit5 данных т.е. старшие 7 битов данных, а остальные 5 битов двенадцати разрядных данных передаются в старший части второго байта данных (заполнив нижние 3 бита данных нулями).

Таким образом, при нажатии на сенсорном экране АЦП считывает 12 разрядное значение координаты X, Y в пределах 0000...0FFF₁₆ (0000...4095₁₀). А экран ЖКД имеет X=320 пикселей на Y=240 или X=240 пикселей на Y=320 в зависимости от режима установки «портрет» или «книжный». Поэтому необходимо калибровать или масштабировать считанные данные АЦП в координаты пикселей. Идея калибровки состоит в том, чтобы при нажатии на экране точка отрисовывалась там, где произошло нажатие. Для решение этой задачи надо ответить на 4 вопроса: первый - это, участь нечувствительные области, дело в том, что в идеальном случае если провести стилусом от одной стороны к противоположной сторону экрана, то данные с 12-битного АЦП должны изменяться от 0 до 4095, но самом деле они будут изменяться примерно от 200 до 3900 т.е. возле каждой из сторон есть нечувствительная область; второе - для того чтобы отрисовать точку на дисплее её координаты должны входить в диапазон от 0 до 239 по X и от 0 до 319 по Y, а так как АЦП 12-битное, координаты точки касания будут изменяться 0 до 4095 т.е. решить задачу масштабирования; третье - начала координат

дисплея и сенсорной панели лежат в противоположных углах, поэтому если мы не хотим нажимать в одном углу, а чтобы точка рисовалась в другом, то надо это учесть; четвертое - изменения координат нажатия генерирует не пропорциональные значения АЦП т.е. имеется нелинейность преобразования координат.

Для линейного способа калибровки без учета нелинейности (без решения четвертой задачи). Формула калибровки дисплея с сенсорным экраном выглядит следующим образом:

$$\left. \begin{aligned} X_{\text{дисплей}} &= \frac{X_{\text{сенсор}}}{K_x} + B_x \\ Y_{\text{дисплей}} &= \frac{Y_{\text{сенсор}}}{K_y} + B_y \end{aligned} \right\} \quad (1)$$

где, $X(Y)$ дисплей -координата по оси $X(Y)$ дисплея (0...239 или 0...319); $X(Y)$ сенсор - значение АЦП считанный от сенсора (0...4095); $B_x(y)$ - начальное значение масштабирования; $K_x(y)$ - коэффициент пропорциональности масштабирования;

А смысл калибровки заключается в нахождении значений коэффициентов K и B . Коэффициент пропорциональности. K находится из следующих рассуждений: если расстояние между двумя точкам на экране равно 100 пикселям и это же расстояние на сенсорной панели равно 500 отсчета АЦП, то K равно 5. А значение B находится из условий когда отсчет АЦП $X(Y)$ сенсор равно нулю.

Реальности значение этих двух коэффициентов K и B находят решая уравнение (1) относительно них для точек начало экрана и противоположного угла :

$$\left. \begin{aligned} K_x &= \frac{X_{\text{сенсор_конец}} - X_{\text{сенсор_нач}}}{X_{\text{дисплей_нач}} - X_{\text{дисплей_конец}}} \\ B_x &= \frac{X_{\text{дисплей_нач}} \times X_{\text{сенсор_конец}} - X_{\text{дисплей_конец}} \times X_{\text{сенсор_нач}}}{X_{\text{сенсор_конец}} - X_{\text{сенсор_нач}}} \end{aligned} \right\} \quad (2)$$

Такой способ калибровки сенсорного экрана достаточно для нажатие экранных кнопок, но недостаточно для точного указания характерных точек графика ЭКГ на ЖКД в автономной режиме работы. В этом случае необходимо учесть нелинейность преобразование координат сенсорного АЦП. Для этой случае предлагается пяти точечный способ калибровки - по четырём углам и по середины экрана

Экспериментально была определена что значения X (Y или Z) сенсора при считывания имеет аддитивную помеху который имеет характер случайного импульса. От такой помехи можно эффективно избавиться простым медианным фильтром [5].

Алгоритм работы такого фильтра, на основе пяти последовательных измерений X (Y или Z) сенсора, заключается в следующем:

1. Измеряем пять раз подряд значение одной из координат (X , Y , Z).
2. Измеренные значения располагаем в порядке возрастания (или убывания).
3. Третий, т.е. центральный является значением которого принимаем за значение измеряемой координаты.

Выводы. Увеличения точности измерения положения точки нажатия, можно если провести селекцию по силу нажатие Z сенсор. Если значение Z сенсор больше порога (экспериментальное значение около 1000) только тогда считать значения координаты X или Y . Для этой задачи была написана функция калибровки ЖКД, с помощью которой можно ввести и наблюдать на экране координаты точки касания.

При реализации на основе полностью завершенного дельта сигма АЦП от TI (ADS1298), с 32 разрядным APM Cortex ядром STM32, имеющий на «борту» множества периферийных устройств, современный биоизмеритель, позволяет создать высокоэффективный цифровой электрокардиограф. Данная комплектация позволяет создать дешевый и удобный инструментария для обработки ЭКГ данных на основе современных компьютерных технологии.

Литература

1. Texas Instruments, "Low-Noise, 8-Channel, 24-Bit Analog Front-End for Biopotential Measurements ADS1299," Datasheet, no. July, 2012.
2. Reference manual STM32F405xx/07xx, STM32F415xx/17xx, STM32F42xxx and STM32F43xxx advanced ARM-based 32-bit MCUs DM00031020.pdf
3. Djumanov J.X., Rajabov F.F., Abdurashidova K.T. To the questions of the creation of a modern non-invasive biopotential meter /International journal of advanced research in science, engineering and technology IJARSET// India. Vol. 7, Issue 2 , February 2020
4. Wendy Fang and Tony Chang, 'Calibration in touch-screen systems', <http://www.ti.com/lit/an/slyt277/slyt277.pdf> ,Texas Instruments Incorporated, 2007
5. Солонина А.И., Улахович Д.А., Яковлев Л.А. Алгоритмы и процессоры цифровой обработки сигналов БХВ-Петербург 2002.

ФАЛСАФАНИНГ ТИББИЙ ТАЪЛИМИНИ ЎЗЛАШТИРИШДАГИ ЎРНИ

Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.З., Факиров А. З

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Замоनावий медицина ва халқ таоботи бошқа фанлар каби фалсафа аталмиш улкан бир дарёнинг ирмоқларидир. Тирикликнинг маъноси ва мазмуни, ибтидо ва интиҳо, тақдир ва тадбир, умуминсоний ва умуммиллий қадриятлар, маънавият ва маърифат жабҳалари барчаси фалсафа фанининг марказида туради. "Фалсафа –инсон тафаккурида акс этган буюк бир даврдир" дейди Гегель. Дарҳақиқат фалсафа табиат, жамият, инсон тафаккурининг объектив қонунларини моддий оламга таъсир этиш йўллари, дунёни ўзгартириш, воқеалар ривожини аввалдан қўра олиш, умуминсоний, умуммиллий муаммоларни оқилона ечишга ёрдам бериб, замоनावий медицинада касалликлар этиологияси, патогенези, клиник манзаралари, диагностикаси, дифференциал қиёси, консерватив ва оператив давоси прогнозини муфассал англашга имкон беради. Фалсафа категориялари, диалектиканинг қонунлари, онг ва ижодиёт, жамият тизимлари, маданият ва цивилизация тушунчалари, шахс, эркинлик, қадриятларни тўлиқ англаб етган инсонгина ҳақиқий шифокор даражасига ета олади. Муаллифларнинг тиббиёт олими, ижодкор бўлиб етишишида талабаликда фалсафанинг чуқур ўзлаштирилиши катта аҳамият касб этган.

Мақсад ва вазифалар: Болалар хирургияси ва клиник алергологияга келган талабалар фалсафий билимларини ўзлаштириши ва эсда сақланиб қолиш даражасини ўрганиш. Мақсадларни амалга ошириш учун кафедраларга келган талабалар билан фалсафий мавзуда суҳбат ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама. Даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг болалар жарроҳлиги ва клиник алергология кафедраларига келган оқимларидан ихтиёрий гуруҳларни танлаб сўровнома ўтказишда маълум бўлишича уларнинг 16,9% қисми (71 тадан 12 нафари) фалсафанинг категориялари, диалектиканинг асосий қонунлари, онг ва ижодиёт, жамият тизимлари, маданият ва цивилизация тушунчалари, шахс, эркинлик, қадриятларни, маънавият ва маърифат тушунчаларини аъло, 36,6% (26 нафари) яхши ва ниҳоят 26,8% (19 нафари) қониқарли жавоб бера олганлар. Ниҳоят, 14 нафар талаба мазкур сўровномаларда қониқарли жавоб бера олмаганлар. Ушбу кафедралардаги цикли яқунлаш чоғидаги билим ва кўникмаларни текширишда фалсафа категорияларини тўғри англаган, умумбашарий ва умуммиллий қадриятларни тушунган, тиббий деонтология ва касб этикасидан боҳабар талабалар ўз интилувчанлиги ва мотивацияларини намоён қилиб аъло ва яхши баҳоларга эришганлар.

Хулоса. Замона шиддати бугун медиклардан кенг дунёқараш, на фақат тиббий муаммоларга, балки ҳаётга фалсафий нуқтайи назар билан қараш лозимлигини кўрсатгани боис олийгоҳларда фалсафа, тиббий деонтология ва касб этикасини кенгроқ ўтиш, маъруза ва амалий машғулот соатларини кўпайтириш замон талабларидандир.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Котовский С.Д., Заборова В.А., Лепетинский И.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Физическое развитие характеризует состояние здоровья человека в различные периоды жизни и отражает степень соответствия биологического и паспортного возрастов. Показатели физического развития связаны с режимом двигательной активности, характером питания и влиянием факторов окружающей среды.

При занятиях физической культурой и спортом оценка физического развития играет важную роль для подбора программ тренировок. Изменение его показателей в динамике определяет степень адаптации к нагрузкам и имеющийся потенциал.

Оценка физического развития необходима для подбора программ реабилитации пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистыми и другими соматическими заболеваниями. Физическое развитие включает комплекс мероприятий по оценке морфологических и функциональных свойств организма человека, в первую очередь состава тела.

Среди множества морфологических характеристик человека наиболее часто определяют массу, состав, размеры и пропорции тела. Анализ состава тела проводится при помощи аппаратов, основанных на измерении плотности и объема тканей, таких как биоимпедансметр и метаболограф. Они позволяют определить величину основного обмена, индекс массы тела, процентное содержание жировой ткани, мышечной ткани, воды. Важным показателем считается величина фазового угла – которая характеризует выносливость, общую работоспособность и активной клеточной массы. Эти показатели характеризуют особенности белкового или жирового обмена, коррелируют с двигательной активностью и говорят о физическом развитии.

В своей работе для определения уровня физического развития мы использовали программу для ЭВМ «Калькулятор оценки состава тела». Тип реализующей ЭВМ: IBM PC совместимой с операционной системой: Windows XP/Vista/7/8/10.

Расчет производился по величине обхватов головы, туловища и конечностей, таких как обхват кисти, запястья, предплечья, плеча, головы, шеи, груди, талии, ягодиц, бедер, голени, лодыжки и стопы. А так же по размеру кожно-жировых складок на следующих участках: кисть, предплечье, плечо спереди и сзади, грудь, мечевидный отросток, живот, передняя подвздошная ость, бедро спереди, голень. Результаты, полученные с помощью программы, являются точными, контролируруемыми и воспроизводимыми.

Практическое применение программы для ЭВМ «Калькулятор оценки состава тела» позволяет оценивать особенности показателей антропометрии, уровня развития мышечной и жировой ткани в составе тела. Важной особенностью полученных расчетов является характер распределения жировой и мышечной массы по сегментам тела человека.

ACADEMIC QUALITY IN TRAINING OF MEDICAL INDUSTRY WORKERS

Kushnir O.Yu.

Bukovina State Medical University, Chernivtsi

Now the main thing in training a specialist with higher medical education is not mastering the sum of specific knowledge, but the formation of skills, skills of independent, scientific, research, inventive activity, nurturing a culture of professional thinking. If we only care about the accumulation of knowledge, it does not guarantee that the ability to work with, acquire and use that knowledge will be available.

Our main capital for the future is creative people with their intelligence, ingenuity, motivation and creative abilities. Success for them is not only bigger, faster and more optimal, but also better, more beautiful, more interesting, more noble, fairer and more human. Some begin by combating write-offs and plagiarism by clearly defining what is one thing and the other, both at the university level and in the curriculum of the individual courses. Complementing information technology, in fact, cognitive, which take into account individual and general cognitive capabilities, can not only promote professional learning in the process of study, in particular biological chemistry, but also improve the overall cognitive efficiency of future healthcare professionals.

Formation of skills of independent, scientific, research, inventive activity, education of culture of professional thinking on the basis of higher education institution is the key to formation of academic virtue. Academic culture cannot be transferred or borrowed. As a rule, it is suffering from the cost of trial and error, the cost of constant communication and self-reflection of the university community over themselves and their project. It is not once and forever formed and permanent, but needs constant renewal and nourishment.

In today's environment, the role of network communication is growing. In the context of this type of communication, business communication (in which information is exchanged to achieve a particular result) is important in the pursuit of academic integrity. That is, this communication is purposeful. It arises on the basis of and about a particular activity. In the Higher Education Institute of Ukraine «Bukovyna State Medical University» for providing students with e-learning materials, organizing and managing independent work, automated testing, the use of network information and communication technologies based on LMS

«Moodle» was introduced. Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) is a virtual learning environment or learning management system that is distributed free of charge under Open Source licenses.

Therefore, using the capabilities of cognitive technologies, the desired implementation of academic virtue can be achieved.

ТЕРИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА БАКТЕРИЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК РОЛИ

Қўшмуродова М.С., Юлдошева Н.Ф., Джуроева З.Б., Оринбаева З.Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Патологик жараёнларни сурункали шаклига ўтиши иммунологик гомеостазни бузилиши ва тери йирингли-яллиғланиш касалликларни ривожланиши билан тушинтирилади, улар шартли-патоген флора ҳисобига келиб чиқади. Шартли-патоген флора организмнинг ҳимоя кучлари пасайганда ўзининг инвазивлик, вирулентлик, дори препаратларига чидамлик хусусиятини оширади, уларда юқори иммуногенлик антигенларини “экранлаштириш” қобилияти ошади, бу ҳолат уларни организмда узоқ вақт сақланишига, патологик жараённи вақти-вақти билан қайтарилишига ва сурункали шаклга ўтишига олиб келади.

Ишнинг мақсади. Терида йирингли-яллиғланиш ўчоқларидаги микроорганизмлар пейзажини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот жараёнида терининг йирингли-яллиғланиш касаллиги билан Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари диспансерида даволанаётган 60 нафар бемор кузатувга олинди. Ташхиси анамнестик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилган. Микробиологик текширишлар учун бемор терисидаги папула, пустила ва бошқа жароҳатланган қисмларидан материал олинди, ТТА 2-клиникаси Микробиология, вирусология ва иммунология кафедрасининг илмий-тадқиқот бактериологик лабораториясида махсус озик муҳитлари-га стандарт усуллар асосида экиб, текширув олиб борилди.

Тадқиқот натижаси. 60 нафар беморнинг йирингли ажралмаларини бактериологик текширувдан ўтказилганда 86 та микроб штамлари ажратиб олинди. Булардан 75 штамми факультатив анаэробларга (92,6%) тўғри келди. Факультатив анаэроб бактериялар ичида, бошқа бактерияларга нисбатан кўпроқ 46,6% *S.aureus* ажратиб олинди. *S. hemolyticus* 15 та штамм (20%), *St.pyogens* эса 9 та штамм (12%), *S.epidermidis* 10та штамм (13,33%) ва *Streptococcus viridens* 6та штамм (8%) беморлардан ажратиб олинди. Шунинг айтиб ўтиш лозимки, ТҲЯК беморларида терисидаги папула, пустила ва бошқа жароҳатланган қисмларида ривожланган йирингли-яллиғланиш жараёнларида ажратиб олинган бактериялардан, ривожланган йирингли-яллиғланиш асоратларида фақат 2 нафар бемор йирингида (3,33%) кўк йиринг таёқчаси (*Ps. aeruginosa*) топилган. Грамманфий бактериялардан асосан *Klebsiella spp.* 3 штамм (5%) ва *E.coli* 2 штамм (3,33%) ажратиб олинди. Натижаларга асосланиб, *S.aureus* ни бошқа коккларга нисбатан 2-2,5 маротаба ва грамм манфий таёқчаларга нисбатан эса 3,95 маротаба кўпроқ топилиши, ТҲЯК ривожланишида *S.aureus* нинг муҳим этиологик аҳамияти борлигини билдиради. Бактериологик текширув ўтказилган 60 нафар беморнинг 13 нафарида икки ва ундан ортиқ микроблар ассоциацияси (20,5%), 47 нафар беморда (79,5%) монокультуралар йирингли-яллиғланишни келтириб чиқарган. Моноинфекцияни асосан *S. aureus* келтириб чиқарган (60%) бўлса, камроқ миқдорда *S. hemolyticus* (26,1%) ва *S. epidermidis* (13%) учраган. Ажратиб олинган 86 бактериялар штаммининг 75 таси факультатив анаэроб ва аэроб бактерияларга (77,1%) тўғри келган бўлса, булардан 4,8%ни қатъий аэроб бактериялар ташкил қилган. Олинган натижалардан маълум бўлдики, назорат гуруҳ беморларда факультатив анаэроб ва аэроб бактерияларнинг этиологик роли асосий гуруҳ беморларга солиштирганимизда 1,3 маротаба ошган. Факультатив анаэроб бактериялар ичида бошқа бактерияларга нисбатан бу гуруҳда граммусбат бактериялардан *S. epidermicus* 7та (26%) ва граммманфий бактериялардан *Pseudomonas aeruginosa* 6та (22,2%) умумий ажратиб олинган штаммларга нисбатан кўпроқ топилди. Асосий гуруҳ беморларида *S. epidermidis* 8,43% ҳолатларда ажратиб олинган эди. Буни назорат гуруҳи кўрсаткичи билан солиштирганимизда, назорат гуруҳида *S. epidermidis* 3,08 маротаба кўп учрамоқда. *S. aureus* эса назорат гуруҳида 3 нафар бемордан (11,1%) ажратиб олинди. Бу кўрсаткичнинг асосий гуруҳ беморлар кўрсаткичларига солиштирганимизда *S. aureus* бу гуруҳ беморларда 2,7 маротаба камроқ учраётганлиги кузатилди. Шундай кўрсаткич *St. pyogenes* га ҳам таалуқли бўлди. Сурункали йирингли-яллиғланиш билан касалланганларда эса, индиген тери микрофлораси вакиллари *S.saprophyticus* (мос равишда 75,0% гача), *Sarsina* (60%) ва *Micrococcus spp.*лар (35% гача) ўсиш фоиизи камайганлиги билан бир вақтда *Staphylococcus aureus* (75,0%), *E. coli* (40,0%) ва *Streptococcus A* гуруҳи (65,0%), *Candida albicans* (45,0%) каби ШПМ ларнинг учраш фоиизи ортганлиги аниқланди.

Хулоса. Тери йирингли-яллиғланиш касаллиги билан оғриган беморларнинг терисидан ажратиб олинган бактерияларнинг этиологик ролини кўриб чиққанганимизда, йирингли-яллиғланиш асоратларида асосан моноинфекцияларни роли юқори, фақат 22,7% ҳоллардагина йирингли-яллиғланишларнинг микроблар ассоциацияси келтириб чиқарган. Моноинфекцияли беморлардан олинган патологик материалдан 37,1% ҳолларда стафилококклар (*S. epidermidis*–26%, *S.aureus*–11,1%), *Pseudomonas aeruginosa*–22,2% ва 17,1% ҳолда эса пиоген стрептококклар ажратиб олинди. Олинган натижалар шунинг кўрсаткичи, терисидаги йирингли-яллиғланиш касалликларининг этиологиясида асосий ролни *S. epidermidis* ва *Pseudomonas aeruginosa* ўйнаётгани экан. Микроблар ассоциацияси келтириб чиқарган йирингли-яллиғланишларнинг клиник кечиши моноинфекцияли беморларга нисбатан, оғирроқ ўтиши клиник жиҳатдан эътироф этилди.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Матуцак М.Р., Захарчук А.И., Ежнед М.А., Федюк Н.А.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Ежегодно регистрируется около 70 тыс. переломов. Начиная с 50-летнего возраста, большинство переломов связано с остеопорозом. На ранних стадиях остеопороз имеет почти бессимптомное течение, из-за чего пациенты не обращаются за помощью и не получают своевременной диагностики, рекомендаций по профилактике и лечению.

Поскольку численность старших возрастных групп с каждым годом увеличивается, то соответственно в ближайшие годы будет наблюдаться рост случаев остеопоротических переломов. Также стоит отметить, что данная медицинская проблема связана со значительными затратами.

Целью работы стало проведение комплексного статистического анализа фармакотерапии больных с остеопоротическими переломами для дальнейшего использования полученных результатов при разработке рекомендаций по медико-фармацевтической помощи данной категории больных.

Результаты исследований. Ретроспективный клинико-экономический анализ лекарственных назначений проведено на основе 55 карт стационарных больных с переломами различной локализации за 2019 год.

Возрастной анализ распределения пациентов установил переломы в 41,2% женщин в возрасте 50-69 лет, в 58,8% лиц в возрасте 70-79 лет. В отличие от выше указанного, при возрастном распределении мужчин с переломами в анамнезе, 40,2% обследованных были в возрасте 50-69 лет, 50,9% – 70-79 лет.

По данным листов назначений было осуществлено 334 назначения 32 наименований лекарственных средств (ЛС) по товарным названиями. Результаты статистических исследований показали, что основную массу расходов составили Антимикробные средства системного применения – 25,72%, второе место заняли Средства, влияющие на опорно-двигательный аппарат – 23,68%, третье место – Антитромботические ЛС – 23,12%, предпоследнее место заняли препараты кальция – 15,82%.

Учитывая дороговизну основного осложнения остеопороза – перелом шейки бедра, – оптимизировать затраты возможно за счет своевременной профилактики кальцийсодержащими препаратами в сочетании с витамином Д3, а также витаминными комплексами с минералами.

Выводы. Лечение переломов является долговременным и дорогостоящим процессом, что свидетельствует о необходимости проведения профилактических мероприятий остеопороза у пациентов старших возрастных групп. По результатам фармакоэкономического анализа наиболее доступным является препарат «Витрум-кальций 600+Д 400» (табл. п/о № 60; «Юнифарм», США).

GENETIK INJENERIYA USULI BILAN OLINGAN O'SIMLIK VA HAYVON MAHSULOTLARINING GENETIK SOFLIGINI ANIQLASHDA PCR TEXNOLOGIYASINING AHAMIYATI

Mirvaliyeva N.R., Radjapov M.A., Tursunboyev M.O.,

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Oxirgi yillardagi tekshiruvlar natijasida o'simlik va hayvonlardan olinadigan, oziq ovqat sifatida foydalaniladigan mahsulotlar o'rtasida GMO (genetik modifikatsiyalangan organizm) va uning salbiy oqibatlarini (allergiya, o'sma kasalliklari, antibiotik rezistentligi va b.) ko'payib bormoqda. JSST (2018) ma'lumotlariga qaraganda 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda 8%, 8-9% 6-10 yoshli bolalarda mos ravishda, 11-18 yoshli bolalarda 30.4% allergik kasalliklar uchramoqda. 38.7% bolalarda jiddiy oziq-ovqat allergiyasi kuzatilyapti (AQSH). Bolalarda asosiy allergiya keltirib chiqaruvchi mahsulotlar quyidagilardan iborat - yong'oq mag'zi, sut mahsulotlari, baliq go'shti va b.

Ishning maqsadi. Oziq-ovqat mahsulotlarida genetik sof ekanligini PCR texnologiyasi yordamida aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ilmiy izlanish 2019-2020 yillarda O'zbekiston Respublikasi Innovatsion rivojlanish Vazirligi qoshidagi "Center for Advanced technologies" (Ilg'or texnologiyalar markazi) Biotexnologiya bo'limida tekshiruvdan o'tkazilgan oziq-ovqat mahsulotlarining genetik sofligi bo'yicha o'tkazilgan tajriba natijalari va yot antigenni aniqlashda PCR texnologiyasi fluoressent-gibridizatsion deteksiya bilan "АмплиСенс ГМ Плант-1-FL" asbobida (8) amalga oshirildi.

Natija. PCR texnologiyasi yordamida hozirda kunlarda eksportga yo'naltirilgan 8 ta oziq-ovqat mahsulotlarining GMO test natijalari o'rganildi. Ushbu guruhga 2 xil bolalar ozuqasi, 2 xil go'sht mahsuloti, 1 ta meva sharbati, 1 ta meva pyuresi va 2 ta sut mahsuloti tekshiruvdan o'tkazildi. Mahsulotlarning birida B11, Bi176, MONS10 kabi genlarining nosimmetrik tuzulishga egaligi aniqlandi. Bu esa shu mahsulot GMO ekanligidan dalolat beradi. Yuqorida foydalanilgan PCR diagnostikasining aniqlik ko'rsatkichi 99,8% ekanligiga asoslangan holda oziq-ovqat mahsuloti sifatida foydalanish zararli deb topildi. Qolgan mahsulotlar iste'mol uchun yaroqli deb topildi.

Xulosa. Genetik injeneriya va biotexnologiya metodlaridan foydalanib olingan o'simlik va hayvon mahsulotlarining oziq-ovqat mahsulotini PCR texnologiyasi yordamida tekshirish O'zbekiston sharoitida aholining salomatligini saqlashda ahamiyatlidir. O'rganilgan 8 ta mahsulotdan 7 tasi eksportga yaroqli deb topildi.

ИНСОНЛАРДА ОЛИЙ НЕРВ ФАОЛИЯТИНИНГ ХУСУСАН КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Мирзаева А.Х., Мисирова Ш., Рискулова Д., Акбаров Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Бош мия яримшарлари пўстлоғи, пўстлоқ ости сохалар олий нерв фаолияти ташкил қилади. Олий нерв фаолияти мурраккаб рефлекс реакцияларни амалга оширишда қатнашади. Олий нерв фаолияти текшириш муҳим ахамият касб этади, кўпгина омиллар таъсирида бу фаолият йиллар давомида ўзгаришини шрганиш муҳим ахамият касб этади.

Тадқиқот мақсади. Ёшга оид когнитив фаолиятнинг ўзига хослигини ўрганиш.

Материал ва методлар. 45 нафар текширилувчи. Текширилувчилар А,В,С гуруҳларга ажратилди. А гуруҳ 15 нафар талабадан иборат бўлиб улар уларнинг ўртача ёши 20-22., В гуруҳ терапия бўлимида даволанаётган 15 нафар бемор, С гуруҳ неврология бўлимида даволанаётган 15 нафари бўлиб, уларнинг ўртача ёши 30±9,7. Барчаси психофизиологик текширувлардан ўтказилди. Психофизиологик тестлардан MMSE, МОСА, Trail Making Test тестлари қўлланилди.

Олингнати натижалар. А гуруҳ натижалари MMSE тести бўйича 13 нафар талабада нормал кўрсаткич (28-30 балл), 2 нафар талабада энгил даражада хотира пасайиши (27 балл), МОСА шкаласи бўйича 12 нафар талабада нормал кўрсаткич (26-30 балл), 3 нафар талабада хотира ва диққатнинг энгил даражада пасайиши, Trail Making Test тести натижасига

кўра 12 нафар талабада нормал кўрсаткич (72 секунд), 3 нафар талабада энгил даражада диққат пасайиши (80±4) кузатилди. В гурух натижалари MMSE тести бўйича 8 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (28-30 балл), 6 нафар текширилувчида энгил даражада хотира пасайиши (22±4 балл), 1 нафарда ўрта даражада хотира пасайиши (16 балл), МОСА шкаласи бўйича 6 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (26-27 балл), 9 нафар текширилувчида хотира ва диққатнинг энгил даражада пасайиши, Trail Making Test тести натижасига кўра 5 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (72 секунд), 10 нафар талабада энгил даражада диққат пасайиши (85±6) кузатилди С гурух натижалари MMSE тести бўйича 6 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (28-29 балл), 6 нафар текширилувчида энгил даражада хотира пасайиши (20±4 балл), 3 нафарда ўрта даражада хотира пасайиши (14-16 балл), МОСА шкаласи бўйича 5 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (26 балл), 10 нафар текширилувчида хотира ва диққатнинг энгил даражада пасайиши, Trail Making Test тести натижасига кўра 4 нафар текширилувчида нормал кўрсаткич (72 секунд), 9 нафар талабада энгил даражада диққат пасайиши (90±3) кузатилди. Натижалар тахлили А гурухда нормал кўрсаткич 87%, хотира ва диққатнинг энгил даражада пасайиши 13-20 %, В гурухда нормал кўрсаткич 87%, хотира ва диққатнинг энгил даражада пасайиши 13-20 %.

Хулоса. Тадқиқот натижасига кўра аксарият когнитив функцияларнинг пасайиши кузатилди. Бу кўрсаткичлар айниқса 30 ёшдан бошлаб кескин пасайиши кузатилиб бу соғлом турмуш тарзига риоя қилмаслик натижасида ва соматик касалликлар оқибатида ривожланган. Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи тарғиботи ва махсус когнитив машқлар бажариш орқали когнитив функциялар пасайиши ва деменция каби оғир патологияни олдини олиш имконини беради.

ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕГО ДЕЙСТВИЯ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА КАЛЕНДУЛЫ

Наимова М.Н., Давронова Х.А., Мойлиев Ф.М.

Ташкентский фармацевтический институт

Актуальность: Поиск и изучение новых препаратов на основе местного растительного сырья является крайне актуальной. Настои растения календулы применяют наружно как антисептическое и противовоспалительное средство для полоскания при воспалительных заболеваниях горла (тонзиллит, фарингит, ларингит) и слизистой оболочки полости рта (стоматит, гингивит, пародонтит).

Цель работы: Изучить острую токсичность жидкого экстракта календулы.

Материалы и методы: В первой серии опытов, общую действие и острую токсичность жидкого экстракта изучали на 30 мышах массой 17-21гр и 30 крысах массой 136-165гр, обоего пола. Изучаемый жидкий экстракт травы календулы вводили орально в дозе от 0,1 мл до 0,5 мл. на массу мышей и от 1,5 мл до 20мл/кг на массу крыс. Наблюдение за общим состоянием мышей и крыс после введения изучаемого препарата проводилось в течение двух недель в условиях вивария.

Результаты и обсуждение: При оральном введении изучаемый жидкий экстракт в дозе 0,1мл до 0,25мл на массу животных особых изменений в поведении животных не отмечалось. В дозе от 0,25 мл до 1мл на массу животных у мышей и крыс сначала отмечалось кратковременное возбуждённое состояние, а спустя 7-10 мин. наблюдалось ограничение подвижности, выраженное успокоение, а у отдельных мышей сонливое состояние. При введение изучаемый жидкий экстракт календулы в больших дозах (от 0,5мл на мышах до 3мл на крысах) указанное полудремотное состояние у лабораторных животных продолжалось до 1.5-2 часов, затем лабораторные животные принимали исходное состояние. За период наблюдения смертельных исходов не наблюдалось.

В отдельной группе животных опыты с деалкоголизированным жидким экстрактом календулы проводились на 12 мышах и 12 крысах. Изучаемый жидкий экстракт деалкоголизировали выпариванием до двухкратного уменьшения объёма и вводили орально в дозах 0,75-1мл. на массу мышей и в дозе 4-8 мл на массу крыс. При этом выраженное успокоение и сонливая состояние не наблюдалось. При этом отмечалось ограничение подвижности, поверхностное и чистое дыхание, что переходило самостоятельно в течение 45-60 минут.

Заключение: Изучаемый жидкий экстракт из травы календулы в изученных дозах является относительно малотоксичным.

ВЛИЯНИЕ [(1-ФЕНИЛ-5-ФОРМИЛ-1Н-ИМИДАЗОЛ-4-ИЛ)ТИО]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ-МАРКЕРОВ ЦИТОЛИЗА И ХОЛЕСТАЗА В ПЛАЗМЕ КРОВИ КРЫС ПРИ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОМ ГЕПАТИТЕ

Паламар А.А., Яремий И.Н., Скрынчук О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Гепатиты, как известно, являются одними из наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, при которых нарушается целостность структуры гепатоцитов, развивается их цитолиз и холестаза. Ранее нами было показано, что такое производное имидазола, как [(1-фенил-5-формил-1Н-имидазол-4-ил)тио]уксусной кислоты снижает в крови уровень малонового альдегида, активирует супероксиддисмутазу и каталазу, что указывает на его антиоксидантную активность.

Целью настоящего исследования было изучение влияния [(1-фенил-5-формил-1Н-имидазол-4-ил)тио]уксусной кислоты (ИВ) на активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) в плазме крови крыс, интоксцированных тетрахлорметаном.

Материалы и методы. Исследование произведено на 30 самцах нелинейных белых крыс массой 160-180 г, содержащихся в стандартных условиях и на рационе вивария. Крыс разделили на 3 группы: 1) гепатитные крысы, 2) гепатитные крысы, которым ежедневно внутривентрикулярно вводили ИВ в дозе 1 мг/кг, 3) интактные животные. Токсический гепатит у крыс вызывали путем двухкратного (через день) внутривентрикулярного введения животным CCl_4 из расчета 0,25 мл/100 г массы крысы в виде 50%-ного масляного (на оливковом масле) раствора (Ю. И. Губский, 1984; Н.П.Скакун, 1989). Декапитацию животных производили на 14 сутки от начала эксперимента в соответствии с нормами «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях» (Страсбург, 1986). Кровь отбирали в присутствии гепарина. Активности ферментов в плазме крови крыс определяли с использованием диагностических наборов ТОО НВП «Филисит-Диагностика» (Украина). Статистическую обработку результатов

производили с использованием t-критерию Стьюдента после проведения предварительной проверки распределения величин согласно критерия Shapiro-Wilk ($p \leq 0,05$).

Результаты. Согласно полученных результатов, в плазме крови гепатитных крыс активности АЛТ, АСТ, ЩФ и ГГТ были выше, чем у интактных животных: на 88, 44, 53 и 69% соответственно. Показатели исследуемых ферментов в плазме крыс, которым на фоне развития тетрахлорметанового гепатита вводили ИВ не отличались от показателей интактных крыс.

Выводы. Ежедневное введение [(1-фенил-5-формил-1H-имидазол-4-ил)тио] уксусной кислоты тетрахлорметанин-токсцированным крысам оказывает мембраностабилизирующее действие и предотвращает развитие у них синдромов цитолиза гепатоцитов и холестаза.

MANAGING DISTANT TEACHING OF "HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY" SUBJECT IN NOWADAYS MEDICO-SOCIAL CONDITIONS

Popova I.S.

*Department of Histology, Cytology and Embryology,
Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine*

The rapid spread of the coronavirus and the situation that the world community is facing nowadays (spring period quarantine, 2020) with strict self-isolation rules makes classical conduction of educational process impossible. That is why, current medico-social situation demands higher medical establishments to either stop or find ways to adjust the educational process for medical students. The goal of Bukovinian State Medical University (BSMU) is to ensure qualified educational process in this obstacles invariably by the help of remote learning. This involves continuation of practical classes, lectures, exams and modules as well as continuous individual learning for students online. Department Histology, Cytology and Embryology at BSMU is teaching medical students of the first and second academic courses (2nd and 3rd semesters). To provide qualified medical education, scientific and pedagogical tutors of the Department are continuing to conduct practical seminars online by the means of Google Meet institutional platform. Virtual online classes are conducted in the accordance with the curriculum as a collaboration of the whole group and their tutor during 2 academic hours. One of the main challenges that we have faced during quarantine distance e-teaching is adaptation questions on organization of practical seminar online. This questions include involvement of additional visual and interactive research-based material, organization of examination during control modules and ensuring that practical skills are mastered by the students. To solve this, we have developed an interactive Power Point presentations (on each of the topics of practical classes) that involve student's interaction by answering theoretical questions and also discussion on histological composition of tissues that are depicted on slides. Department has also used digital version of the flash-cards with histological slides (on special Histology) with photos of specimens on different magnifications with descriptions of structures. This methodological and practical material has helped in explanation and demonstration of histological material virtually, when using a microscope is impossible. Additional tool is a test (MCQ) control that was possible by the means of BSMU Moodle platform. This remote MCQ controls were held during online classes only with a strict limit of time and high percentage of passing points. Another important question in teaching Histology online was the feedback that we have received from Ukrainian and English-speaking students. Understand their needs and problems during this quarantine period is crucial in providing effective and student-oriented education. The methodology of practical classes could involve more material in case students didn't manage to understand any of the practical skills on histological slides interpretation or theoretical material mastering. As a result, computerized distant online learning is effective for teaching Histology, Cytology and Embryology subject in 1st year students, that includes theoretical discussion, teaching basic histological slides interpretation skills. We believe that educational process can be of high quality even in the condition of the world pandemic by involving new approaches in teaching and analyzing feedback from students.

GENETIK INJENERIYA USULI BILAN OLINGAN O'SIMLIK VA HAYVON MAHSULOTLARINING GENETIK SOFLIGINI ANIQLASHDA PCR TEXNOLOGIYASINING AHAMIYATI

Radjapov M.A., Tursunboyev M.O., Mirvaliyeva N.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Oxirgi yillardagi tekshiruvlar natijasida o'simlik va hayvonlardan olinadigan, oziq ovqat sifatida foydalaniladigan mahsulotlar o'rtasida GMO (genetik modifikatsiyalangan organizm) va uning salbiy oqibatlarini (allergiya, o'sma kasalliklari, antibiotik rezistentligi va b.) ko'payib bormoqda. JSST (2018) ma'lumotlariga qaraganda 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda 8%, 8-9% 6-10 yoshli bolalarda mos ravishda, 11-18 yoshli bolalarda 30.4% allergik kasalliklar uchramoqda. 38.7% bolalarda jiddiy oziq-ovqat allergiyasi kuzatilyapti (AQSH). Bolalarda asosiy allergiya keltirib chiqaruvchi mahsulotlar quyidagilardan iborat - yong'oq mag'zi, sut mahsulotlari, baliq go'shti va b.

Tadqiqot maqsadi. Oziq-ovqat mahsulotlarida genetik sof ekanligini PCR texnologiyasi yordamida aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ilmiy izlanish 2019-2020 yillarda O'zbekiston Respublikasi Innovatsion rivojlanish Vazirligi qoshidagi "Center for Advanced technologies" (Ilg'or texnologiyalar markazi) Biotexnologiya bo'limida tekshiruvdan o'tkazilgan oziq-ovqat mahsulotlarining genetik sofligi bo'yicha o'tkazilgan tajriba natijalari va yot antigenni aniqlashda PCR texnologiyasi fluoressent-gibridizatsion deteksiya bilan "АмплиСенс ГМ Плант-1-FL" asbobida (8) amalga oshirildi.

Natija. PCR texnologiyasi yordamida hozirda kunlarda eksportga yo'naltirilgan 8 ta oziq-ovqat mahsulotlarining GMO test natijalari o'rganildi. Ushbu guruhga 2 xil bolalar ozuqasi, 2 xil go'sht mahsuloti, 1 ta meva sharbati, 1 ta meva pyuresi va 2 ta sut mahsuloti tekshiruvdan o'tkazildi. Mahsulotlarning birida B11, Bi176, MONS10 kabi genlarining nosimmetrik tuzulishga egaligi aniqlandi. Bu esa shu mahsulot GMO ekanligidan dalolat beradi. Yuqorida foydalanilgan PCR diagnostikasining aniqlik ko'rsatkichi 99,8% ekanligiga asoslangan holda oziq-ovqat mahsuloti sifatida foydalanish zararli deb topildi. Qolgan mahsulotlar iste'mol uchun yaroqli deb topildi.

Xulosa. Genetik injeneriya va biotexnologiya metodlaridan foydalanib olingan o'simlik va hayvon mahsulotlarining oziq-ovqat mahsulotini PCR texnologiyasi yordamida tekshirish O'zbekiston sharoitida aholining salomatligini saqlashda ahamiyatlidir. O'rganilgan 8 ta mahsulotdan 7 tasi eksportga yaroqli deb topildi.

ҚУШТОРОН ВА ҚАШҚАРБЕДА 2:1 НИСБАТ ЙИҒМА ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРИ СУЮҚ ЭКСТРАКТИНИНИНГ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Рамазонова Ш.Ш., Сайдалиева Ф.А., Мамасодиқова Д.

Тошкент фармацевтика институти

Илмий ишнинг долзарблилиги: Тиббиётда юқори самарадорликка эга, шу билан бирга ножўя таъсирлардан ҳоли табиий дори воситаларини излаш ва амалиётга тадбиқ этиш фармакологларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади келмоқда.

Ишнинг мақсади: Қушторон ва қашқарбеда доривор ўсимликларидан иборат 2:1 нисбат йиғма суюқ экстрактини диурезга таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллари: Қушторон ва қашқарбеда доривор ўсимликларидан иборат 2:1 нисбат йиғма суюқ экстрактини диурезга таъсирини ўрганиш тана оғирлиги 142-164 г. бўлган иккала жинсга мансуб 24 та лаборатор каламушларда ўрганилди. Тажриба бошладан аввал 6 кун давомида вивария оддий рацион ҳолатида, сув юкламасисиз каламушларда пешоб ажралишини аниқланди. Сўнгра ҳар бир каламушга 100 г. тана массасига 4 мл дан дистилланган сув ичирилди ва махсус пешоб йиғувчи камераларга жойлаштирилиб, сутка давомида ажралган пешоб миқдори ўлчаб борилди.

Тажриба ўтказиш мақсадида каламушлар 6 тадан 4 та гуруҳга бўлиб чиқилди. 1-гуруҳ назорат гуруҳи бўлиб, уларга 5 мл/кг дистилланган сув ичирилди. 2 ва 3 тажриба гуруҳидаги каламушларга мос равишда 5 мл/кг ва 10 мл/кг дозаларда деалкоголланган қушторон ва қашқарбеда ўсимликлари 2:1 нисбат йиғма суюқ экстрактини сув юкламаси билан бирга оғиз орқали ичирилди. 4-гуруҳ каламушларга мос равишда сачратқи доривор ўсимлигининг суюқ экстракти 5 мл/кг дозада оғиз орқали ичирилди.

Назорат ва тажрибадаги каламушлар вивария шароитида маълум бир рацион асосида овқатлантирилиб борилди.

Натижалари: Ўрганилаётган қушторон ва қашқарбеда ўсимликлари 2:1 нисбат йиғма суюқ экстракти берилган дозаларда каламушлардан ажралиб чиққан суткалик пешоб миқдорини назоратга нисбатан математик аниқлик даражада $4,3 \pm 1,14$ мл дан $5,6 \pm 1,04$ мл. ҳам $6,8 \pm 0,57$ мл. гача оширди. Сачратқи ўсимлигининг суюқ экстракти худди шу шароитда ўрганилган дозада суткалик пешоб миқдорини $5,3 \pm 0,64$ мл. га оширди. Олинган натижалар асосида ўрганилаётган қушторон ва қашқарбеда ўсимликлари 2:1 нисбат йиғма суюқ экстракти 5 ва 10 мл/кг дозаларда пешоб ажралишини назоратга нисбатан мос равишда 38% ва 54,8% га, сачратқи суюқ экстракти эса 5 мл/кг дозада 26,6% га ошириши аниқланди.

Хулоса: Қушторон ва қашқарбеда ўсимликлари 2:1 нисбат йиғма суюқ экстракти пешоб ажратиш фаоллиги бўйича сачратқи ўсимлиги суюқ экстрактдан сезиларли даражада устун туради.

СРАВНИТЕЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ВО ФРАНЦУЗСКОМ И УЗБЕКСКОМ ЯЗЫКАХ

Сайджанова К. Д.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: четко понять значение медицинских терминов в общении с медицинским персоналом на французском языке и наладить правильное общение с ними.

Поиск узбекских эквивалентов французских медицинских терминов и решение проблем их использования в устном и письменном общении с целью создания удобства для студентов медицинских вузов.

Актуальность исследования. Исследование посвящено углубленному лингвистическому анализу специальных лексиконов в области медицины на французском и узбекском языках, лингвокультурологическому анализу широко используемых в медицине терминов, их истории, структуры, сравнительной типологии и современной научной значимости. Во время практических занятий многие вопросы перевода были решены при работе со студентами. Ведётся работа по текстам из учебников и при помощи словаря переводятся медицинские термины и поясняются их значения. На ряду с этим студенты записывают узбекские эквиваленты медицинских терминов, встречающихся в процессе работы.

В ходе занятия, особенно при переводе текста по данной теме, было много случаев многозначности, омонимии, синонимии при переводе специальных медицинских терминов на узбекский язык. Например: Le sang est un liquide rouge, visqueux, sale, l'odeur fade [1].

В вышеприведенном предложении слово Le sang переводится на узбекский язык как кровь. Но когда оно произносится в устной речи, оно встречается с омонимичными формами, le sain-здоровьем, sans-siz предлогом отрицания и так далее. Для этого следует обратить внимание на детерминанты, которые идут до и после слова.

Le sang вместе с артиклем переводится как кровь. Когда произносится без артикля, это понимается как предлог (sans). Le squelette humain compte plus de 200 os, repartis dans la tete, le tronc et les membres [2].

Слово le tronc в следующем предложении переводится на узбекский язык как «ствол дерева», что в медицинских терминах означает «тело» или «нерв». Здесь при медицинском термине встречается случай полисемии. То есть данное слово является многозначным.

В настоящее время в устном и письменном общении мы используем много международных терминов. Точно также при переводе текстов в различных сферах лучше использовать термин свойственный определённому языку.

В качестве доказательства этой идеи можно сказать, что элементы состава крови называются leucocytes, thrombocytes, erythrocytes по-французски, и в процессе перевода сами эти термины полностью принимаются. (arteriya, trombosit, leykotsit, eritrosit) [3].

Для студентов-медиков или практикующих врачей такие термины ясны и понятны, но для того, чтобы другие специалисты поняли эти термины, они должны быть объяснены. Но чтобы эти термины были понятны другим специалистам других отраслей, необходимо прокомментировать. В противном случае возникнут значительные трудности в использовании этих терминов. Переводчики также должны тщательно изучить эти термины [3].

Говоря более широко, переводчик испытывает трудности с переводом сценария французского медицинского фильма на другой язык, и, несомненно, ему поможет медицинский словарь или медицинский.

Потому что переводчик не может ошибаться в период своей деятельности, в этом случае он оставляет без изменения интернациональные слова и дает понятия о них.

Подготовка зрелых, конкурентоспособных кадров в области медицины, достижение единообразия в переводе используемых на практике терминов, анализ терминов в лексической структуре узбекского языка с переводческой точки зрения и, самое главное, укрепление позиций страны в мировом сообществе, необходимо создать и представить обществу двуязычные (франко-узбекские) медицинские словари, чтобы точно и беспристрастно донести изменения и инновации в области медицины в нашей стране до иностранных, особенно французских коллег.

Это, без сомнения, будет тепло встречено сотрудниками медицинского направления и студентами, обучающимися в этой сфере.

Потому что мы надеемся, что эти и подобные научные исследования станут для них огромным подспорьем в обмене научным и культурным опытом с зарубежными коллегами, в частности, французскими медицинскими работниками.

В заключение, это исследование предназначено для медицинских работников и студентов, обучающихся в этой сфере, тех, кто заинтересован в изучении иностранных языков, в частности, французского языка, мы надеемся, что это, по крайней мере, поможет вызвать интерес к практическому французскому языку, познакомиться с литературой в этой области посредством перевода и развить способность свободно общаться с коллегами в любом регионе мира.

Литература

1. Jean Claude Corbelle, "Nouveau dictionnaire visuel". (Etre humain 146-172 pages);
2. Dictionnaire des termes medicaux de 1914-1918 – © Françoise Kern-Coquillat / Crid 14-18, 2010;
3. Мусохранова М.Б. «Французский язык для медиков». Учебное пособие/под ред. А.И. Новикова, Жильбера Массарда и др. – Омск: Издательство Центра МО и ИТ ОмГМА, 2008. – 251с. с ил..

ИЗУЧЕНИЕ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА ИЗ СБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРАВ ГОРЦА ПТИЧЬЕГО, РОМАШКИ И КАЛЕНДУЛЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Сайдалиева Ф.А., Узокбоев Ш.Н., Наимова М.Н.

Ташкентский фармацевтический институт

Актуальность: Среди заболеваний болезни **сердечно-сосудистой системы в том числе ишемическая болезнь** занимает ведущее место. Это свидетельствует о том, что указанная патология сердечно-сосудистой системы становится не только медицинской, но и важнейшей социальной проблемой. По данным медицинской статистики половина взрослого населения страны страдает сердечно-сосудистой системы в том числе ишемической болезнью.

Цель работы: Изучить влияния жидкого экстракта из сбора лекарственных трав горца птичьего, ромашки и календулы в соотношении 1:1:1 на сердечно-сосудистую систему.

Материалы и методы исследования: Изучение влияния препарата на артериальное давление проводили в условиях острого опыта. Опыт проводили на 2 кроликах, массой 2,4-3,2 кг обоего пола. Животных наркотизировали этаминалом натрием. Этаминалом натрия вводили 40-45 мг/кг внутривенно. Артериальное давление регистрировали по общепринятой методике. Изучаемый жидкий экстракт вводили в дозе 2,5-5 мл/кг, а деалкоголизованную форму препарата в дозе от 5 мл/кг до 15 мл/кг.

В опытах на крысах, где было изучено влияние препаратов на ЭКГ выявлено, что жидкий экстракт в изученных дозах спустя 15-20 минут вызывает небольшое урежение сердечных сокращений и увеличение вольтажа зубца R. По другим показателям ЭКГ под влиянием изучаемого препарата и её деалкоголизованных формах заметных изменений по отношению к контрольному не было.

Полученные результаты: Результаты опыта оценивали по изменению артериального давления. В результатах опыта было выявлено, что изучаемый препарат и её деалкоголизованная форма в изученных дозах существенно не влияет на артериальное давление. При введении препарата в дозе 5 мл/кг отмечалось небольшое и кратковременное понижение артериального давления, а со стороны ЭКГ под влиянием изучаемого препарата и её деалкоголизованных формах заметных изменений по отношению к контрольному не было.

Выводы. Следовательно, изучаемый жидкий экстракт из сбора лекарственных трав горца птичьего, ромашки и календулы и её деалкоголизованная форма в изученных дозах положительно влияет на сердечно-сосудистую систему.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЛИПИДНОГО ПИТАНИЯ НА СОСУДЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

Сотников Б.В., Тен Д.С., Сафарова В.О., Шушлебин А.С., Абдумаликова И.А.

Лаборатория экспериментального моделирования патологических процессов Кыргызско-Российского Славянского университета.

Институт питания Международная академия традиционной и экспериментальной медицины Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики

По данным ВОЗ, каждый четвертый человек страдает избыточным весом. Основная причина этого – неумеренное потребление продуктов с высоким содержанием животного жира. Многочисленные исследования доказывают отрицательное влияние высокожировой диеты на многие органы и системы. Им противостоят работы, показывающие благоприятное воздействие богатого жирами питания на организм. Противоречивость данных и широкое распространение нерационального питания обусловили цель исследования – изучить изменения в сосудах головного мозга при высоколипидной диете. Результаты будут представлены в нижеследующем сообщении.

Эксперимент провели на белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 граммов. Крыс разделили на две группы. Контрольная (3 крысы) находилась на общевиварном рационе, опытная (5 крыс) употребляла исключительно курдючное сало и воду. Животных выводили из эксперимента на 15-е и 30-е сутки передозировкой хлороформа. При работе с животными соблюдали приказ Минздрава СССР от 12.08.1977 N 55 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм работы с использованием экспериментальных животных» и Европейскую конвенцию о защите позвоночных животных. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Исследование выявило множественные изменения в сосудах. Во внутримозговых сосудах животных, выведенных из эксперимента на 15-е сутки, мы наблюдали деструкцию эндотелия, ремоделирование меди и нарушения гемодинамики – сепарацию крови, стаз, сладж-феномен. Во внутримозговых сосудах отметили отёк стенки и увеличение пространства Вирхова-Робина. На 30-е сутки к перечисленным признакам добавились деструкция ядер средней оболочки, выраженная вакуолизация стенки и тромбообразование.

Указанные изменения можно объяснить двояко: возникшей из-за жирового питания резистентностью к инсулину или посредством активирования липидами Rho-киназы. Возможно, в патогенезе сосудистых нарушений головного мозга играют роль оба механизма. Вместе с тем, важно установить, способны ли мозговые сосуды восстанавливаться после подобных воздействий. Этому будут посвящены грядущие исследования.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КРСУ

Сотников Б.В., Сологубова Т.И., Кондратьева Е.И.

Кафедра физики, мединформатики и биологии Кыргызско-Российского Славянского университета

Актуальность. Обучение в ВУЗе – важный этап подготовки специалиста. От эффективности обучения зависит становление человека как профессионала. Можно повысить эффективность обучения, зная, почему она отличается у разных студентов. Мы полагаем, что они кроются в психологических характеристиках: психоэмоциональном состоянии и свойствах темперамента.

Цель исследования. Изучить влияние на академическую успеваемость студентов психоэмоционального состояния и свойств темперамента. Оценить полученные результаты и предложить методы повышения успеваемости.

Материалы и методы. В исследовании по выявлению влияния психоэмоционального состояния на успеваемость участвовали 164 студента (70 юношей и 94 девушки) 1-го и 2-го курса медицинского факультета КРСУ. Критерием эффективности обучения избрали успеваемость. Данные о ней, и о ряде дополнительных факторов (пол, возраст и т.д.) получали с помощью анонимных анкет. Психоэмоциональное состояние оценивали по тесту Люшера (компьютерная программа Las!Lusher). Нас интересовали очередность выбора восьми цветов и отклонение по Вальнефферу. В исследовании по выявлению влияния свойств темперамента на успеваемость участвовали 229 студентов (94 юноши и 135 девушек) 2-го курса медицинского факультета КРСУ. Свойства темперамента оценивали при помощи опросника Б.Н. Смирнова. Данные о поле и успеваемости собирали при помощи анонимных анкет. Результаты обоих исследований обрабатывались при помощи пакета программ SPSS 16.0. Статистически значимыми считались данные при показателе асимптотической значимости $(P) < 0,05$.

Результаты. Связь между успеваемостью и психоэмоциональным состоянием отсутствовала. Профиль выбора цветов указывал на то, что обучение на медицинском факультете неблагоприятно влияет на психоэмоциональное состояние респондентов. Оба исследования показали, что девушки учатся немного лучше юношей. Успеваемость зависит от такого свойства темперамента, как темп реакций. Это справедливо для популяции в целом и для девушек в частности. Отдельно для юношей подобной связи не выявлено.

Выводы. Предлагается тестировать поступающих в ВУЗ студентов по опроснику Смирнова. Лиц с низким темпом реакций обучать согласно их типологическим особенностям: не требовать немедленного включения в работу, быстро изменять неверные формулировки, не опрашивать таких студентов в начале занятия, не требовать быстрых ответов на неожиданные вопросы.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ «3R» В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Турсунбаева Д., Раимкулова Д., Запевалова А., Саидалиходжаева С.З.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Фундаментальные исследования функционирования организмов, разработка потенциальных методик лечения человеческих болезней, а также проверка на безопасность и качество лекарств является причиной использования животных в качестве подопытных. Ученые никак не могут прийти к единому мнению по этому вопросу, ведь из 106 нобелевских премий по физиологии или медицине, врученных с начала XX века, 94 напрямую зависели от подобных экспериментов.

Цель. Ознакомить, будущих специалистов медицинского профиля, гуманным принципам во время проведения эксперимента. Доказать необходимость применения альтернативных методов и минимализации животных в исследовательской деятельности.

Задачи. Сокращение числа животных, используемых в экспериментах и разработка альтернативных методов проведения исследований. Создание благоприятных условий для проведения эксперимента.

Материалы и методы. Томас Хартунг считает, что использующиеся сейчас методики тестирования устарели и недостаточно точны. В частности, тест на токсичность с участием грызунов позволяет определить лишь в 43% случаев, насколько токсична проверяемая субстанция для человека.

Некоторые процедуры могут быть выполнены так, что они либо наносят меньше вреда для большего количества животных или больше вреда для меньшего количества животных. Примеры включают: повторное использование животных в разных экспериментах по сравнению с наивными животными для каждого эксперимента; или, в токсикологии, тестирование с использованием более высокой дозы (которая производит больший эффект и, следовательно, требует меньше животных, но может нанести более серьезный вред каждому используемому животному) по сравнению с использованием более низкие дозы на большем количестве животных.

Результаты. Ежегодно для экспериментов используется более 100 млн позвоночных животных, а для тестирования эффективности и безопасности каждого лекарства требуется от 80 до 800 особей (данные на 2010 год). В настоящее время примерно 29 млн животных в год подвергаются экспериментам в США и странах Евросоюза (из них 80% – крысы и мыши). Это меньше половины того, что было в середине 1970-х. Спад заметен, однако в последние 10 лет он приостановился.

По статистике в Узбекистане чаще всего в экспериментах используются: крысы – 58%, кролики – 23%, мыши – 11,5%, морские свинки – 2,2 %, собаки – 0,8%, рептилии/амфибии – 4%, хомяки – 0,5%.

Условия содержания экспериментальных животных не отличаются от условий домашних животных. При проведении любых операций экспериментируемое животное находится под общим наркозом, а после окончания исследования животное умерщвляется методом убоя для минимального причинения боли или страдания.

Вывод. В последнее время появилось много инновационных разработок, которые, возможно, помогут далее сократить число экспериментов над животными. Совершенствование методов построения изображения, позволяющих взглянуть внутрь тела животного, позволяет ученым получать в результате каждого эксперимента больше информации, чем раньше, причем лучшего качества.

За 50 лет, прошедших с момента их первого предложения, 3Rs сделали огромное влияние. Эти принципы, кажется, объединяют заботу о лучшей науке с причинением меньшего вреда животным. Идеи, стоящие за 3R, настолько интуитивно убедительны, что соблазнительно полагать, что реализация является лишь вопросом времени, и как только 3R будут широко внедрены, общественность будет полностью поддерживать любое дальнейшее использование лабораторных животных, которое считается необходимым.

MODELING OF TOXIC LIVER INJURY IN RABBITS

Tursunboyev M.O., Zafarov M.Q., Zikirullayev J.D., Khayitov M.S.

TMA, Department of Medical and biological chemistry

In economically developed countries, chronic liver diseases and liver cirrhosis are among the six main causes of death for patients aged 35 to 60 years, accounting for 14-30 cases per 100 thousand of the population. Annually, 40 million people die in the world from liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. In the Commonwealth of Independent State countries, 1% of people suffer from cirrhosis.

Objective: experimental modeling of toxic liver injury in rabbits.

Material and methods: White Californian rabbits (5 females and 5 males, weight — 1.5 kg, age — 4 months) were used as objects for modeling of toxic liver injury. Acute and chronic liver injuries were modeled with intraperitoneal injection of 50 % solution of carbon tetrachloride (CCl₄) at doses of 1ml/kg in olive oil twice a week in during 60 days. We used biochemical and morphological methods.

Results: The results of the studies indicate the possibility of using the experimental tetrachloromethane model of liver cirrhosis in rabbits, which has certain advantages over the models of this disease in rats or mice. Intraperitoneal administration of tetrachloromethane to rabbits leads to toxic liver damage. Acute toxic hepatitis develops on fifth day of the experiment. The develop of liver fibrosis begins from the 30th day of the experiment and ends with the formation of cirrhosis of the liver by about 60 days. Liver cirrhosis is post-necrotic and predominantly multilobular. Morphological and laboratory data also indicate the activation of compensatory regeneration processes in the liver in response to toxic damage. We determined activity of ALT, AST, alkaline phosphatase and the content of bilirubin, albumin, prothrombin. It shows the development of cytolytic, cholestatic syndromes and small hepatic cell failure, hyperlipoperoxidation were revealed. However the mechanisms of compensatory regeneration and the participation of stem cells in them have not been fully studied, which requires further research to search for new approaches to the treatment of liver cirrhosis using cell bioengineering.

Conclusion. Intraperitoneal injection of carbon tetrachloride leads to toxic liver injury and development of cirrhosis with compensatory regeneration of the liver in rabbits, which has been proved by morphological and laboratory methods. So, the activity of AST increased by 2.6 and 2.38 times relative to the values of healthy individuals. Morphological examination confirmed that liver cirrhosis developed in rabbits due to fatty hepatosis. Biochemical examination revealed that albumin levels in the blood serum decreased by 3,75 times compared to the norm and by 2,95 times the prothrombin level. Unrelated bilirubin was found to be 4,15 times higher than normal. This is evidence of liver cellular insufficiency.

МОЙЧЕЧАК ВА МАВРАК ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРИ 1:1 НИСБАТ ЙИҒМАСИДАН ТАЙЁРЛАНГАН ДАМЛАМАНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

Узоқбоев Ш.Н., Рамазонова Ш.Ш., Алимджанова Г.А.

Тошкент фармацевтика институти

Долзарблиги. Республикамизда табиий, ноҳўя таъсирлардан ҳоли ўсимликлар ва уларнинг йиғмасидан тайёрланган дори воситаларини тиббиётда кенг татбиқ этиш долзарб масала бўлиб келмоқда. Мойчечак ва маврак доривор ўсимликлари аоҳида препаратлари халқ табобатида ошқозон ичак тизими яллиғланиш касалликларида, юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликларида, пешоб йўллари касалликларида ва гинекологик касалликларида кенг қўлланилади.

Илмий шнинг мақсади. Юқоридагиларни инobatта олиб, мойчечак ва маврак ўсимликларининг йиғмасидан тайёрланган дамламанинг экспериментал яллиғланишга қарши таъсирини ўрганиш.

Усул ва услублар: Тажрибанинг олиб борилиши Ф.П. Тринус томонидан келтирилган асептик артрит моделида 18 та тана массаси 156 – 168г. ли лаборатория каламушларида ўтказилди. Тажрибадаги каламушлар 6 тадан учта гуруҳга бўлиб чиқилди. Яллиғланиш яъни экспериментал артрит 1% корогенин эритмасидан ҳар бир гуруҳ лаборатор каламушларига 0,1 мл. дан орқа оёқ панжасини аппоневрози остида юбориш билан юзага чиқарилди. Оёқ панжаларининг ҳажми онкометрик усулда тажриба бошлангунга қадар, сўнгга 1% корогенин юборилгандан кейин тажрибани 6-чи соатигача ҳар соатда ўлчаб чиқилди. Тажрибадаги иккинчи гуруҳ каламушларга мойчечак ва маврак 1:1 нисбат йиғма дамласидан 2 мл. дан оғиз орқали ичирилди ва учинчи тажриба гуруҳидаги лаборатор каламушларга тирноқгул ўсимлиги дамласи 2 мл дозад оғиз орқали ичирилди. Назорат гуруҳидаги каламушларга мос равишда дистилланган сув юборилди.

Натижалар. Ўрганилаётган ўсимликлар йиғмасидан тайёрланган дамма 2 мл. дозада тажрибани 6-чи соатида назорат гуруҳидаги каламушларнинг оёқ панжасини ҳажми 0,45 мл.ни ташкил этган бўлса, тирноқгул ўсимлиги дамласи ичирилган тажриба каламушларида 0,26 мл.ни, текширилаётган йиғма дамма ичирилган гуруҳидаги тажриба каламушларда бу натижа 0,36 мл.ни ташкил этди. Демак, каламушлар орқа оёқ панжасидаги яллиғланиш жараёнини назорат гуруҳига нисбатан 33,4% га камайтирди.

Хулоса: Мойчечак ва маврак ўсимликлари 1:1 нисбат йиғмасидан тайёрланган дамлама яллиғланишга қарши таъсир кўрсатди. Бу таъсири бўйича тиббиётда хусусан, урология амалиётида яллиғланишга қарши ишлатиладиган бир қанча табиий препаратлар қаторида яллиғланишга қарши қўллаш мумкин.

СВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ

Урунбаева Д.А., Салимова Н.Д., Шавкатхужаев Х.Н.

Ташкентская медицинская академия

Связь кишечной микрофлоры с щитовидной железой изучено недостаточно, но всё же исследования проводились. Далее приведены результаты нескольких исследований которые изучали связь между кишечной микрофлорой и щитовидной железой.

Проведенное исследование указывает на изменение состава кишечных микробных таксонов у пациентов с ГР по сравнению с контролем с определенной модуляцией кишечных микробов. Разнообразие оценки бактериального сообщества указывает на то, что кишечная флора пациентов с ГД была менее разнообразной по содержанию, чем при здоровом контроле. Эти данные дают основу для разработки пути болезни в многоплановом проспективном исследовании, чтобы проиллюстрировать механизм микробного дисбактериоза кишечника при болезни Грейвса.1

В этом сценарии финансируемый Марией Складовской-Кюри проект INDIOG исследует роль кишечных бактерий в патогенезе БГ и ОГ. Кишечник является первой и самой широкой областью доступа бактерий, с самой высокой концентрацией Т-клеток в организме человека и обученной реагировать на микроорганизмы. Интересно, что все факторы окружающей среды, участвующие в патогенезе БГ и ОГ, могут изменять баланс внутри микроорганизмов, находящихся в кишечнике, и влиять на иммунную систему, в частности пропорции регуляторных Treg и воспалительных клеток TH17. Следует надеяться, что изучение патогенеза БГ и ОГ в этом новом аспекте позволит определить новые цели для профилактики и лечения.2

Результаты указывают на роль кишечной микробиоты в модулировании гетерогенности, явной в АКРТ-индуцированной модели БГ и ОГ. В нашем следующем исследовании мы изучим влияние на нашу индуцированную модель изменения микробиоты кишечника с использованием антибиотиков, пробиотиков и переноса фекалий. В наших будущих исследованиях будет изучено, способны ли присутствие, отсутствие или количество определенных бактерий или дрожжей непосредственно изменять иммунный баланс между противовоспалительным ответом Treg и Th17-опосредованным провоспалительным ответом в слизистой оболочке кишечника, как ранее было сообщено в моделях других аутоиммунных заболеваний 3,4. Результаты этих экспериментов могут быть подтверждены исследованиями колонизации у животных с гнотобиотиками. Также необходимы такие факторы, как уровень потребления йода с пищей и возраст мышей при иммунизации, которые могут изменять кишечную микробиоту и / или иммунную реакцию.5

Выводы авторов. Результаты этих исследований показывают, что доказательства, подтверждающие или опровергающие эффективность применения селена у людей с тиреоидитом Хашимото, являются неполными. Текущий уровень доказательств эффективности добавок селена в лечении людей с тиреоидитом Хашимото основан на четырех рандомизированных контролируемых исследованиях, оцениваемых от неясного до высокого риска ошибки; в настоящее время это не позволяет уверенно принимать решения об использовании добавок селена при тиреоидите Хашимото. В этом обзоре подчеркивается необходимость проведения рандомизированных плацебо-контролируемых исследований для оценки эффектов селена у людей с тиреоидитом Хашимото, и в конечном итоге они могут предоставить надежные данные, которые помогут в принятии клинических решений.6

Литература

1. Hafiz Muhammad Ishaq, Imran Shair Mohammad, Muhammad Shahzad, Chaofeng Ma, Muhammad Asif Raza, Xiaokang Wu, Hui Guo, Peijie Shi, Jiru Xu. Molecular Alteration Analysis of Human Gut Microbial Composition in Graves' disease Patients. International Journal of Biological Sciences 2018; 14(11): 1558-1570. doi: 10.7150/ijbs.24151.
2. Covelli D, Ladgate M. Thyroid, eyes and intestines: possible connection
3. Schloss PD, Westcott SL, Ryabin T, Hall JR, Hartmann M, et al. Introducing mothur: open-source, platform-independent, community-supported software for describing and comparing microbial communities. Appl Environ Microbiol. 2009; <https://doi.org/10.1128/AEM.01541-09>.
4. Cole JR, Wang Q, Cardenas E, Fish J, Chai B, et al. The ribosomal database project: improved alignments and new tools for rRNA analysis. Nucl Acids Res. 2009;37:D141-5.
5. Julia Macetti, Sajjad Moshkelgosha, Hedda-Louise Keling, Danila Covelli, Jaswinder Paul Banga, Utta Berchner-Pfannschmidt, Mareike Horstmann, Salvador Diaz Kano, Gina-Eva Goertz, Sue Plummer, Anya Beykne, Mari Julian Roberto Marchisi and the INDIGO Consortium. Gut microbiota in experimental murine model of Graves' orbitopathy established in different environments may modulate clinical presentation of disease.
6. Esther J. van Zuuren, Amir Y Albusta, Zbis Fedorovich, Ben Carter, Hanno Piil. Selenium supplements for Hashimoto's thyroiditis

ПРИМЕНЕНИЕ МОНРЕАЛЬСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГАШИША И ТРАМАДОЛА

Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Предиктором определения качества лечения являются когнитивные способности больного, которые могут быть полезным инструментом скрининга для оповещения о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть во время лечения.

Цель: исследование когнитивных функций у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола при помощи комплексного теста- Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA тест)

Материалы и методы: 129 больных мужского пола, проходивших стационарное лечение по поводу наркозависимости в Городском наркологическом диспансере и Республиканском наркологическом центре с 2016 по 2018 года. Больные были разделены на 3 группы: I группа (основная группа) - 41% больных (n=53) с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола. II группа (контрольная группа)-34% больных (n=44) с зависимостью от трамадола. III группа (контрольная группа) - 24,8% больных (n=32) с зависимостью от каннабиноидов. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$

Результаты: При оценке когнитивного функционирования больных с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола средний балл по шкале МОСА составил $21,3 \pm 0,79$, у больных II группы $24,52 \pm 0,92$ ($P_{1-2} < 0,01$), у III группы $22,8 \pm 0,8$ ($P_{1-3} > 0,05$). Было выявлено больше нарушений в таких параметрах, как исполнительные навыки - черчение ломанной линии: правильное выполнение составило - больные I группы 66%, II группы 97,7% ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 81,3% ($P_{1-3} > 0,05$); при оценке оптико-пространственной деятельности (куб): межгрупповые различия не выявлены ($P_{1-2}; P_{1-3} > 0,05$); Оптико-пространственная деятельность (часы): при рисовании правильного контура и расстановки стрелок межгрупповые различия не выявлены ($P_{1-2}; P_{1-3} > 0,05$); правильная расстановка цифр - больные I группы 71,7%, II группы 90,9% ($P_{1-2} < 0,01$), III группы 81,3% ($P_{1-3} > 0,05$). Нарушение внимания одинаково наблюдалось в исследуемых группах. Отсроченное воспроизведение: 1 балл получили только больные I группы 9,4% ($P_{1-2}; P_{1-3} < 0,05$); 2 балла - больные I группы 28,3%, II группы не получили ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 9,4% ($P_{1-3} > 0,05$); 3 балла - больные I группы 47,2%, II группы 15,9% ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 34,4% ($P_{1-3} > 0,05$); 4 балла - больные I группы 15,1%, II группы 45,5% ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 56,3% ($P_{1-3} < 0,001$); 5 баллов - только больные II группы 38,6% ($P_{1-2} < 0,001$).

Заключение: у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола нарушены когнитивные функции как: исполнительные навыки, внимание и память.

СУРИНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИГИНИНГ ОЛАЁТГАН ВА ОЛМАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИГИНИНГ МАҲАЛИЙ ИММУНИТЕТ ҲОЛАТИ

Хужамбердиева С.А., Сатторов Б.Б., Юлдошева Н.Ф. Алиев Ш. Р.

Ташкентская медицинская академия

Мавзунинг долзарблиги: суринкали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) билан оғриган беморларнинг асосий муаммолар оғиз бўшлиғида турли кўринишдаги асоратларни ривожланиши ҳисобланади, шу жумладан оғиз бўшлиғида ривожланиётган периодонтит, кариозга алоқасиз жароҳатлар, тиш касалликлари, тишларнинг эрта йўқолиши ва қониқарсиз оғиз бўшлиғи гигиенаси, буларнинг барчаси тиш шифокорлари ва стоматологик профилактикада, айниқса тиш протезларини қўйишда қийинчиликларни туғдиради.

Ишининг мақсади. Суринкали буйрак етишмовчилиги билан оғриган гемодиализ терапия олаётган ва олмаётган беморларда оғиз бўшлиғи маҳалий иммунитет ҳолатига баҳо бериш.

Тадқиқотнинг материал ва методи: тадқиқот Тошкент Стоматологический институтининг ортопедик факультети клиникасига муружат қилган 108 беморларда олиб борилди. Беморлардан 43 тасига шу даврда гемодиализ терапияга муҳтож бўлмаган, 45 таси эса текширув даврида гемодиализ терапияси олаётган, 20 тасиназорат гуруҳи. Бу тадқиқотларда фагоцитоз учун тест система сифатида стандарт латекс бўлакчаларидан (10% полистериол суспензия, 1,5 мкм ўлчамда Диаэм Россия) фойдаланилди. Нейтрофилларнинг кислородга боғлиқ спонтан активлашувини НСТ –тестини (нитромовий тетразол) қўллаш орқали, сўлак таркибидаги лизоцим ферменти қоғозли диск усулда аниқланилди. Секретор иммуноглобулинни сўлакдаги кўрсаткичи «Вектор Бест» (Россия) компаниясининг тақдим этган тўпламлари ёрдамида (ИФА) аниқланди. Олинган маълумотлар «СТАТИСТИКА-6,0» дастури ёрдамида қайта ишланди.

Тадқиқот натижаси: назорат гуруҳи, соғлом кишиларнинг сўлагидан нейтрофилларнинг фагоцитар активлиги (НФА) 48% дан 69% бўлиб, ўртача $55,4 \pm 1,15\%$ ташкил қилди. Нейтрофилларнинг фагоцитар индекси эса (нейтрофиллар тамонидан ютилган бактерияларни ўртача сони) $3,15$ дан $5,24$ ш.б. учраб ўртача $4,04 \pm 0,13$ ш.б. ташкил қилди. Нейтрофилларни спонтан активлашуви соғлом назорат гуруҳида 25 дан 39% гача аниқланди, бу кўрсаткич гуруҳ учун ўртача $31,3 \pm 1,06\%$ ташкил қилди. Лизоцим соғлом назорат гуруҳида 12 дан 28 мг/мл учраб, гуруҳ учун ўртача $20,6 \pm 0,78$ мг/мл ташкил қилди. Сўлак таркибидаги ва sIgA ни аниқланганда унинг миқдори 142 дан 270 мг/л топилиб, умумий гуруҳ учун ўртача $206,5 \pm 9,0$ мкг/л эканлиги маълум бўлди. СБЕ билан оғриган диализ олмайдиган беморлар оғиз бўшлиғининг маҳалий химоя омиллари ҳолатини соғлом назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан солиштирганимизда ўта чуқур фарқлар аниқланмади, шу билан бир қаторда НФА соғлом назорат гуруҳидан статистик ишонарли фарқ қилмасда уларнинг ФИ ва нейтрофилларни спонтан активлашуви назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошганлиги аниқланди ва ўртача $4,64 \pm 0,2$ ш.б. ва $34,6 \pm 1,05\%$ ($P < 0,05$) ташкил қилди. Бу гуруҳ беморларда лизоцим кўрсаткичи ҳам ишонарли назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошган ($P < 0,001$). Шундай кўрсаткич сўлак таркибидаги ва sIgA ни аниқланганда ҳам кузатилди. СБЕ билан оғриган диализ олаётган беморлардан 31 сининг аралаш сўлаги таркибида НФА кўрсаткичи ишонарли ($P < 0,001$) камайганлиги маълум бўлди. Шундай ҳолатлар гемодиализ олаётган беморлар сўлаги таркибидаги лизоцим ва sIgA кўрсаткичларида ҳам кузатилди. Бу кўрсаткичлар соғлом назорат гуруҳи кўрсаткичидан 1,4 ва диализ олмайдиган беморлар гуруҳи кўрсаткичидан 1,7 маротаба ишонарли ($P < 0,001$) камайган.

Хулоса: Олинган натижалар асосида шуни айтиш мумкинки гемодиализ олмаётган СБЕ бор беморларда оғиз бўшлиғининг туғма иммунитет системасида бирмунча фаоллашув ҳолатларини кузатдик, яъни нейтрофиллар тамонидан ютилган бактерияларни ўртача сонини (ФИ) ошиши, ва уларни спонтан метаболитик активлашувига гувоҳ бўлдик. Фагоцитлар активлиги билан бир қаторда сўлак таркибидаги лизоцим ва секретор иммуноглобулин А ҳам концентрацияси назорат гуруҳига нисбатан ишонарли юқори эканлиги маълум бўлди. Лекин, гемодиализ олаётган беморларда бу кўрсаткичлар тубдан фарқ қилди, яъни маҳалий иммунитет тизимида чуқур етишмовчиликлар кузатилди. Олинган натижаларни адабиётлардан олинган маълумотлар асосида таҳлил қилганимизда СБЕ билан оғриган, лекин гемодиализ олишгача етиб бормаган беморларнинг оғиз бўшлиғи маҳалий иммунитетининг ҳолати, бизнинг олган натижалар кўрсаткичларига ўхшаш бўлди. Лекин гемодиализ олаётган беморларда бу кўрсаткичларнинг камайиб кетиши би-

нингча, уремик токсинлар таъсирида оксидатив стресс махсулотлари маҳалий иммунитет тизимини бу гуруҳ беморларда фаоллаштирган, охир-оқибат узоқ муддат давомида иммун тизимнинг фаоллашуви, унинг ўта ҳолдан тойишига сабаб бўлиб, оғиз бўшлиғида туғма иммунитет тизимининг танқислигини келтириб чиқарган.

РОЛЬ КОЛЛАГЕНА IV ТИПА В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТОМ

Шодиев С.Б., Иноятова Ф.Х., Салиева Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Цирроз печени является тяжелым состоянием, сопровождающимся печеночной энцефалопатией и полиорганной недостаточностью с чрезвычайно высокой летальностью, даже при проведении интенсивной терапии. Диагностика, лечение и профилактика его прогрессирования продолжает оставаться одной из основных проблем медицины.

Цель: определение роли коллагена IV типа в оценке степени воспаления и стадии фиброза печени при хроническом токсическом гепатитом.

Материалы и методы исследования. Проводили моделирование хронического токсического гепатита с переходом в цирроз у 40 беспородных крыс самцов путем внутрибрюшинного введения 50% раствора CCl₄ в оливковом масле из расчета 1 мл/кг массы тела два раза в неделю на протяжении всего эксперимента. Животные были распределены на группы: 1) 20 крыс с CCl₄, 2) 20 крыс с CCl₄ + введение вместо питьевой воды 10% раствора на 3-и сутки эксперимента для потенцирования фиброза печени. Контрольную группу составили 6 интактных крыс. Забой животных проводили на 30 и 40-й день, проводили общую морфологию, определяли биохимические показатели и содержание коллагена IV (CL-IV) в сыворотке крови иммуноферментным методом. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Морфологические исследования печени на 30-40 сутки опыта показали у животных первой группы наличие признаков хронического воспаления печени, тогда как у крыс, дополнительно получавших этиловый спирт наличие очагов фиброзирования, более выраженное на 40-е сутки эксперимента. Подтверждением этому были динамика изменения биохимических показателей сыворотки крови, характеризующиеся повышением активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и γ -глутамилтрансферазы, содержания общего и фракций билирубина, холестерина, глобулинов, значений тимоловой пробы, на фоне уменьшения содержания общего белка и альбуминов. Вместе с тем нами выявлены отличительные особенности динамики изменений вышеперечисленных показателей в зависимости от групп и сроков. У животных 1-й группы преобладали показатели синдромов цитолиза, мезенхимального воспаления и холестаза, тогда как у крыс 2-й группы – показатели синдромов воспаления и печеночно-клеточной недостаточности. Содержание CL-IV в сыворотке крови у крыс 1-й группы имел тенденцию к повышению, более выражено на 40-е сутки опыта. Достоверное повышение уровня данного белка мы наблюдали у животных 2-й группы: на 30-е сутки до 201,3±28,3 нг/мл ($p<0,01$), на 40-е сутки – до 358,7±41,1 нг/мл ($p<0,001$), при значении этого показателя у интактных крыс 138,1±16,8 нг/мл. На основании анализа основных биохимических показателей: активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и γ -глутамилтрансферазы, значения билирубина, холестерина, общего белка, альбумина и глобулина) не представляется возможным диагностировать стадию фиброирования печени. На наш взгляд, в этом плане представляет интерес исследование содержания CL-IV в сыворотке крови, так как он совпадает с морфологическими признаками фиброирования печени. Естественно основным критерием фиброза и цирроза печени являются морфология биоптатов печени, однако данный метод является инвазивным и имеет ряд побочных эффектов.

Вывод: для моделирования и изучения механизмов фиброирования печени более целесообразным является комбинированное применение CCl₄ + питьевым введением 10% раствора этилового спирта. Для уточнения стадий фиброирования печени необходимо определять содержание коллагена IV типа в сыворотках крови больных.

PECULIARITIES OF DISTANCE LEARNING IN THE TEACHING OF BIOORGANIC AND BIOLOGICAL CHEMISTRY TO STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

Yaremii I.M., Kushnir O.Yu.

*Department of bioorganic and biological chemistry and clinical
biochemistry, higher state educational institution of Ukraine
Bukovinian state medical university, Chernivtsi*

Given the realities of the present day use of information resources on the Internet is now an indispensable means of ensuring the learning process, especially during quarantine. Videoconferencing is not only a modern and popular means of distance learning for teachers and students, but also one of the most effective.

BSMU distance learning is now taking advantage of HangoutsMeet's premium features, which allow you to create online video conferences on GoogleHangoutsMeet with slides, videos and multimedia presentations on your teacher's computer screen.

GoogleHangoutsMeet allows you to work with many listeners at the same time. Up to 250 active participants can be involved in such videoconferences, which allows online not only to conduct practical classes, but also to give lectures and provide online consultations, in particular to ensure the quality preparation of students for the Common State Qualification Exam "Krok I", "Krok I" and Professional English Language and IFOM Exam. During bioorganic and biological chemistry workshops, students practice oral interviews, discussions, text messaging (chat), PowerPoint presentations, and what is extremely important is demonstration of online laboratory work by a teacher. In addition, videoconferencing can, if necessary, be recorded as a video file for later viewing, enabling students who have some technical issues during the course to view it at another convenient time for them.

Conducting Biochemistry Practices in an Online Video Conference in GoogleHangoutsMeet is successfully combined with the simultaneous use of the BSMU Distance Learning Server (MOODLE), which, in particular, enables students to perform 10-20 minute testing, usually at the beginning (testing of initial level of knowledge) or at the end (final control).

Therefore, distance learning is one of the modern forms of educational activity that provides qualitative knowledge, especially for medical students, by combining students' independent work with the use of teaching materials placed on the BSMU distance learning server (MOODLE) and conducting practical classes and consultations in video conferencing using GoogleHangouts Meet.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ УКРАИНЫ

Антипова Т. М., Дикал М. В.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Проблема адаптации студентов-первокурсников - одна из актуальных проблем, поскольку это целостный биологический, физиологический, психологический, социальный и педагогический процесс, имеющий для каждой личности индивидуальный характер и разную степень влияния на развитие индивидуума. Адаптация не только неизбежный, но и необходимый этап, в течении которого происходит признание и принятие необходимых и закономерных изменений, происходящих в процессе усвоения новых видов деятельности и в самосознании личности. Различают такие виды адаптации: биофизиологическая (приспособление к стойким изменениям окружающего мира и изменений в себе) и социально-психологическая (привыкание к новым условиям и взаимоприспособления индивидуума и окружения).

Социально-психологическая адаптация - стремительный переход к взрослой самостоятельной жизни, личная свобода, новые друзья и коллектив, другие наставники, разрушение предыдущих социальных связей, появление новых наставников и авторитетов. В первую очередь следует адаптироваться к особенностям организации учебного процесса и правильного распределения свободного и рабочего времени. У студентов меняются режимы отдыха, сна, труда и питания. Необходимым условием эффективной работы студента это успешное прохождение процесса психологической адаптации, которая является первым шагом для построения более совершенных стратегий профессиональной деятельности, достижения высших уровней социализации, поэтому преподаватель высшего учебного заведения призван помогать первокурснику в преодолении адаптационных трудностей. Психологическая неподготовленность к восприятию новых условий негативно влияет на общее состояние здоровья студентов, ослабляет внимание, память, волю, вызывает состояние эмоционального напряжения, что в свою очередь приводит к нервным расстройствам. Если адаптация не произойдет в короткий период времени, могут возникнуть трудности как в учебе, так и в общении с родителями и сверстниками, появится психологический дискомфорт, который будет мешать в поиске решения проблем в обучении и создании новых дружеских контактов среди студенческой молодежи.

Исследования показывают, что абитуриенты, которые хорошо знают среду, в которой должны получать образование и проинформированы подробно об особенностях обучения в ВУЗе, легко адаптируются и быстро находят единомышленников и друзей в новых социальных группах студенческой молодежи.

РОЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Апукаева А., Комилова М.О.

Ташкентская медицинская академия

Давайте начнём с того, что студенты-медики, в значительной степени, преодолевая «традиционное» недоверие к гуманитарным дисциплинам, должны настроиться на получение практических знаний и умений по психологии и педагогике, которые смогут использовать в своей работе. Прежде всего, это касается специфики деятельности в системе «человек-человек», где качество работы напрямую связано с профессиональной подкованностью и личностной готовностью к взаимодействию с людьми, порой очень отличающихся от врача, как своим актуальным состоянием, так и складом характера, судьбой, социальным положением, интеллектом.

Я хочу сделать акцент на взаимоотношениях между людьми в медицинской атмосфере, где берутся в учёт чисто конфиденциальные, деловые, субординационные отношения. Мы знаем, как должно быть, но редко придерживаемся этого правила, возникает вопрос, почему и как этого избежать?

«...медицина не техника, где доминируют точные науки – физика, математика, кибернетика, которые не являются основами логических операций врача. Эти операции, как и само исследование, особо сложны потому, что на больничной кровати лежит не абстрактная болезнь, а конкретный больной, то есть всегда какое-то индивидуальное преломление болезни... в индивидуальном факторе и коренится основная, наиболее объективная причина врачебных ошибок и никакое руководство, никакой опыт не в состоянии гарантировать абсолютную безошибочность мыслей и действий врача, хотя, как идеал, это остается нашим девизом». И. В. Давыдовский.

Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия больные; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, если последний единственный в данной местности, к которому нет доверия. Как же завоевать это доверие? Первый шаг к этому, это просто понять истину межличностных отношений! Проявить терпение, уметь выслушать, проникнуться сопереживанием к пациенту, одним словом, ты изучил болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал, и знает каков ты.... Специалист, нацеленный на определённый орган, не видит и пациента в целом, значит пропускает главное. Не может собрать грамотный анамнез. Только тот, кто умеет слушать и наблюдать, храня в себе кладёзь знаний, имеет шанс стать ценным сотрудником своей отрасли - МЕДИЦИНЫ.

Давайте рассмотрим одну ситуацию, от того, как сложатся отношения между врачом и больным, во многом зависит эффективность лечения. Опять-таки выступают межличностные отношения. Предпосылками возникновения положительных отношений и доверия между медицинскими работниками и больными являются квалификация, опыт и искусство врача и медицинской сестры, общая атмосфера медицинского учреждения, поведение всех его работников,

начиная с работников регистрации. Затрудняют этот процесс различия позиций, точек зрения врача и больного, врач склонен искать прежде всего объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез до определения предпосылки для дальнейшего соматического исследования. Для больного же, в центре внимания и интересов, всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. Врач должен рассматривать эти субъективные переживания как реальные факторы, уловить переживания больного, понять и оценить их, искать их причины, поддержать их положительные стороны и использовать их для содействия больному при обследовании и лечении. Различия между точкой зрения врача и больного закономерны и предопределены их различной позицией в данной ситуации, различными ролями. Однако врач обязан следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие и стойкие противоречия, которые ставили бы под угрозу взаимоотношения медицинского персонала и больных и тем самым затрудняли бы оказание помощи больному.

Для налаживания отношений, положительных взаимоотношений между врачом и больным, нужно всегда придерживаться правил:

Важно первое впечатление!

Важна его мимика, жестикуляция, тон голоса, выражения, внешний вид врача. Если больной видит врача неопрятного, не выпавшегося, то он теряет веру, считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться и о других и быть надежным в своей работе. Здесь выступают уже вербальные и невербальные коммуникации.

Важным фактором установления взаимопонимания между больным и врачом является доверие первого ко второму. Оно определяется профессиональным статусом врача, его возрастом (более старший кажется и более опытным, знающим), внешним видом (солидная комплекция, в очках), видом услуг, оказываемых врачом, — платные или бесплатные (в первом случае доверие больше). Манера поведения врача тоже оказывает влияние на возникновение к нему доверия больного. Доверие возникает легче, если врач спокоен и уверен, но не надменен, если манера его поведения быстрая, решительная, настойчивая и сопровождается человеческим участием и деликатностью.

На выделенные рамки для меня отведенного времени, я хочу сказать, что ВРАЧ, это профессия – ГОРДАЯ – и мы должны пронести это звание с гордостью и достоинством, воплощая все свои способности и навыки, сочетая их с умением общаться, согласно кодексу ЧЕСТИ, МОРАЛИ и ДОЛГА!!!!

То есть, выполнять свой долг с честью и моралью, впитанной с генетической молекулой!

Медицина, это энциклопедия жизни! Межличностные отношения – это одна из страниц этой книги, давайте читать постоянно эту догму, чтобы быть в хороших отношениях с самим собой!!

ФАРҶОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ МАКРОНУТРИЕНТЛАР ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Ахмадходжаева М. М.

Тошкент тиббиёт академияси

Бугунги кунда мамлакатимизда ёш авлоднинг саломатлик ҳолатни мустақамлаш, соғлом ва баркамол ўсиши, жисмоний ва ақлий ривожланишининг гормониклигини ва юқори ишлаш қобилиятини таъминлаш ва турли соматик ва алиментар боғлиқ касалликларни олдини олиш борасида 2010 йил 7 июндаги 251-сон «Аҳоли орасида микро-нутриент етишмаслиги профилактикаси тўғрисида»ги Қонун қабул қилинган. Ушбу қонунда белгиланган вазифаларни бажаришда турли соматик касалликларни профилактикаси ва микро-нутриентларнинг етишмаслиги олдини олишга қаратилган профилактик чора-тадбирлар ва аҳолининг турли қатламлари орасида овқатланиш билан боғлиқ касалланиш даражасини камайтириш ва узоқ-умр кўриш даражасини ошириш имконини беради.

Тадқиқотнинг мақсади. Фарғона вилоятида истиқомат қилаётган мактабгача таълим ёшидаги болаларнинг кунлик рационда макронутриентлар миқдорини гигиеник таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Назорат остига Фарғона вилоятининг Фарғона шаҳридаги 17-сон ҳамда Фарғона туманидаги 63-сонли мактабгача таълим муассасаларида тарбияланаётган 595 нафар (318 нафар ўғил ва 277 нафар қизлар) 3-7 ёшгача бўлган болалар олинди. Тадқиқотлар йилнинг қиш-баҳор ва ёз-куз мавсумларида олиб борилди. Кунлик таомнома СанМваҚ 0348-2017 асосида таҳлили қилинди.

Олинган натижаларнинг таҳлили. Мактабгача таълим муассасаларининг (МТМ) иш вақти 9-10 соатли тартибга режалаштирилган. Олинган натижаларнинг таҳлилидан кўриниб турибдики, Фарғона вилоятидаги МТМ ёшдаги болаларнинг кунлик рациони таркибида асосий озика маҳсулотларининг миқдори йил фаслларида белгиланган талабларга мос келмаслиги натижасида кальцийнинг миқдори қиш-баҳор мавсумида 24,9-25,4%га, ёз-куз мавсумида эса 22,4-21,6%гача кам, фосфор 0,3-18,7 дан 10,1-19,4%га, темир 12,7-10,1%;18,7-16,0%га, фтор эса 92,5-92,7% ва 92,6-92,4%гача кам. Йод эса 41,2-45,8%; 43,8-44,3%ни ташкил қилган. Селен 36,2-41,7% ва 44,6-43,1%ни, рух 63,8-59,4% ва 55,4-56,9%га таъминланган. Ўз ўрнида магний 16,3-18,7% ва 27,2-28,6%га, натрий 80,4-104,4% дан 72,1-120,6%га, калий эса 104,8-104,3 дан 215,3-120,6%гача ортиқдир.

Таъкидлашимиз жоизки, мактабгача таълим ёшидаги болалар орасида соғлом овқатланиш борасида қатор вазифаларни бажариш, болаларнинг соғлом овқатланиш одатлари ва алиментар статусини шаклланиши, рационларни сифат ва миқдор жиҳатдан тўлақонлилигини таъминлаш, соғлом овқатланишни ташкил қилишнинг асосий бўғинларини муккамал тартибда назорат қилишни тақоза қилади.

О'QUV JARAYONIDA MODELLASHTIRISHDA YENKA DASTURINING AHAMIYATI

Bobajanov B.O., Zuparov I.B.

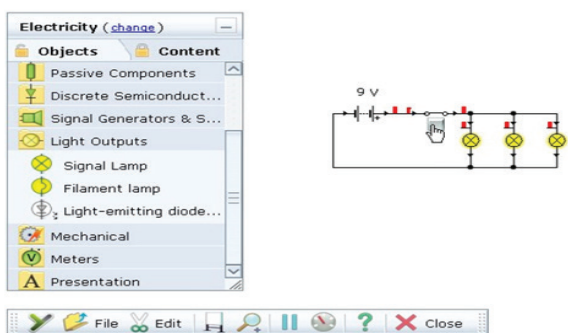
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Hozirgi kunda fizika, kimyo kabi fanlarni o'qitishda tajriba jarayonlarini o'tkazib, mashg'ulotlarning samarasini oshirish dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Tajribalarni o'tkazish ma'lum bir darajadagi asbob-uskuna va jihozlarlarni talab qiladi. Bu tajribalar-

ni kompyuter dasturlari yordamida virtual bajarish imkoniyatlarini beruvchi dasturlar ya'ni Simulyator yaratildi. Simulyatorlar o'quv jarayonini qariyb barcha jabhalarida: boshlang'ich ta'limdan boshlab oliy o'quv yurtlarigacha qo'llanilishi mumkin. Keyingi vaqtlarda xattoki meditsina sohasida ham simulyatorlardan foydalanish mumkin bo'lib bormoqda. Simulyatorlardan foydalanishning asosiy sabablaridan biri ularning real ob'ektlarga nisbatan juda ham arzon alternativa ekanligidir. Simulyatorlar esa shunday haqiqiy asbob-uskuna va jihozlarsiz virtual holatda biror bir fizik jarayonni modellashtirish hamda virtual laboratoriya ishlarini o'tkazishga imkoniyat yaratadi. Bu o'z-o'zidan nafaqat katta miqdorda mablag'lar tejaliishiga, balki ularga umuman ehtiyoj ham tug'dirmaydi. Simulyatorlarning qariyb hech qanday moliyaviy mablag'lar talab etmasligi ma'lum tadqiqotlarni talabalar tomonidan yuzlab, kerak bo'lsa minglab marotaba qayta-qayta amalga oshirishga imkoniyat yaratadi. Simulyatorlardan foydalanishning yana bir afzallik tomoni ularning xavfsiz ekanligidir. Ba'zi tadqiqotlarni amalga oshirish inson hayoti uchun xavf tug'diradi, masalan, yadro fizikasiga oid bo'lgan hodisalarni o'rganish. Bunday tadqiqot katta miqdorda moliyaviy xarajat talab etibgina qolmasdan, tadqiqotni olib boruvchilar uchun hayotiga xavf ham tug'diradi.

Shunday simulyator dasturlardan biri Yenka dasturidir. Yenka - bu Crocodile Physics, Crocodile Chemistry va boshqa ko'plab Crocodile Clips kompaniya dasturlari asosida yaratilgan virtual tajriba dasturidir. Ushbu dasturlarning har biri kompyuterda tajribalarni demonstratsiya qilish uchun mo'ljallangan modellar to'plamini namoyish qiladi.

Yenka dasturining interfeysi bu fizik tajriba o'tkazish uchun to'liq ish maydoni sifatida ishlatilishi mumkin bo'lgan asosiy oyna, ob'ektlarning qo'llanilish turi bo'yicha ochiladigan ro'yxatlarga bo'linadigan ob'ektlar ro'yxati va oyna obyektlar ro'yxati bilan namoyon bo'ladi. Dastlab, muharrir modellashtirilishi mumkin bo'lgan fizik va kimyoviy tajribalar uchun variantlarni taklif qiladi. Barcha tajribalar bir-biridan ajratilgan va tajriba uchun ba'zi ob'ektlarni turli xil ish joylariga joylashtirish taqiqlanadi. Bu Yenkaning muhim kamchiliklaridan biridir. Masalan, bitta ob'ektning bir nechta turlari mavjud bo'lib, ularning har biri ma'lum



bir tajribaning ish maydonidan qat'iy nazar, muayyan tarzda ishlaydi. Dastlab energiya va impulsning saqlanish qonuniyatlarini boshqa ish maydonida namoyish qilish uchun mo'ljallangan, masalan optikani, bunday ob'ektni joylashtirib, u boshqa ob'ektlar va mabdan kelgan yorug'lik nurlari bilan ta'sir qilmasdan ekran tekisligida cheksiz harakatlar qiladi.

Yenka ikkita rejimga ega: tahrirlash va ijro etish rejimi. Tahrirlash rejimida barcha ob'ektlarni ko'chirish, hajmini o'zgartirish va xususiyatlarni o'rnatish mumkin. Ijro holatida ob'ektlarni tanlash, o'zgartirish, o'chirish, nusxalash yoki joylashtirish mumkin emas. Har bir rejimda namoyish ko'rinishi har xil, shuning uchun tahrirlash rejimida siz namoyish va undagi narsalar haqida to'liq ma'lumot olishingiz mumkin.

Shahsiy kompyuterdan foydalanganda ham o'qishda yoki har bir talaba tomonidan ishlatilganda ham Yenka sizga o'rgatayotgan mavzularingizni xavfsiz va aniq virtual dunyoda sinab ko'rish imkonini beradi.

Yenkaning bir nechta bo'limlari mavjud:

Yenka technology (Texnologiya)

Elektron dizayn uchun to'liq simulyator. U o'z ichiga quyidagilarni oladi.

Electronics - 150 dan ortiq turdagi tarkibiy qismlardan foydalangan holda jarayonlarni loyihalash va simulyatsiya qilish, ishlayotgan dizayningizni sinab ko'rish va takomillashtirish.

PCB design - chizmalaringizni ishlab chiqarish uchun eksport qilinishi mumkin bo'lgan 3D PCB simulyatsiyalariga aylantirish.

PIC programming - mikro sxemalarga eksport qilishdan oldin oddiy blok-sxemalar yordamida PIC yoki PICAXE mikro sxemalarini simulyatsiya qiladigan dastur.

Mechanisms - bir qator mexanik kirish va chiqishlarni to'liq 3D shaklida tajriba o'tkazish.

Yenka science (Fan)

Fizika va kimyo tajribalarini xavfsiz va oson tadqiq qilishga imkon beradigan bir qator virtual laboratoriyalar.

Electricity and Magnetism (Elektr va magnitizm) - elektr energiyasini ishlab chiqarishni va uzatishni, shuningdek, analog elektr zanjirlarini tadqiq qilish.

Light and Sound (Yorug'lik va tovush) - tovush, suv va yorug'lik to'lqinlari va nur diagrammalarida tajriba o'tkazish.

Force and Motion (Kuch va harakat) - raketalarni, tebranishlarni, tortishish va harakatni o'rganish.

Electrochemistry (Elektrokimyo) - elektrodlar va eritmalaridan foydalangan holda elektroliz bilan tajriba o'tkazish.

Inorganic & physical chemistry (Noorganik va fizik kimyo) - 100 dan ortiq kimyoviy moddalar bilan reaksiyalarni xavfsiz va oson simulyatsiya qilish.

Yenka Mathematics

Rangli matematik modellashtirish vositasi, bu sizga statistika, ehtimollik, 3D shakllar va koordinatalar bilan tajriba o'tkazishga imkon beradi.

3D Shapes (3D shakllari) - 3D shakllarini osongina o'rganish, tarmoqlarni qo'shish, kengaytirish va xususiyatlarini o'lchash.

Statistics (Statistika) - 3D o'yinlar va odamlar tarkibini o'z ichiga olgan vositalardan foydalangan holda statistika va ehtimollik bilan tajriba o'tkazish.

Coordinates (Koordinatalar) - moslashtiriladigan o'yinlar bilan 2D va 3D koordinatalari haqida ma'lumot olish.

Yenka Computing (Hisoblash)

Dasturlashni joriy qilish uchun innovatsion vositalar: multimedia dasturlari yordamida animatsiyalangan belgilarni va sikllarni boshqarish, funktsiyalar va o'zgaruvchilar haqida ma'lumot olish.

Sequences (Chiziqqlar) - 3D harakat belgilarini boshqarish orqali kompyuter dasturlarini joriy qilish.

Programming (Dasturlash) - keng diapazonli buyruqlar yordamida ekrandagi animatsiya va 3D belgilarini boshqarish.

Rasm - Tahrirlash rejimida Yenka Science elektr davri sxemasi

Общественное здравоохранение

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Ботирова М., Нурматов А.Н.

Ташкентская медицинская академия

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) возникает в тех случаях, когда превышены адаптационные возможности (ресурсы) человека по преодолению стрессовой ситуации. В.В. Бойко выделяет две группы факторов появления СЭВ: внешние и внутренние. К внешним факторам относятся: 1) хронически напряжённая психоэмоциональная деятельность; 2) дестабилизирующая организация деятельности; 3) высокий уровень ответственности; 4) неблагоприятная психологическая атмосфера; 5) трудный контингент, с которым работает профессионал. Внутренними факторами являются: 1) склонность к застреванию (эмоциональной ригидности); 2) интенсивная интериоризация (рефлексия и ответственность); 3) низкая мотивация эмпатии и эмоциональной отдачи; 4) нравственные дефекты и дезориентация личности [2].

По мнению Т.В. Решетовой, к этим факторам должны быть добавлены: эмоциональная тупость и сложности контактирования с другими людьми; алекситимия во всех проявлениях (невозможность высказать словами свои ощущения), что всегда связано с тревогой; трудоголизм, когда осуществляется камуфлирование какой-либо проблемы работой; отсутствие у человека ресурсов, определяющих нормальное жизнеобеспечение (социальные связи, родственные связи, любовь, профессиональная состоятельность, экономическая стабильность, цель, здоровье и т. д.) [5].

В настоящей публикации представлены результаты сравнительного исследования особенностей проявления эмоционального выгорания у лиц, занятых различными вариантами «помогающей» профессиональной деятельности (медицинская помощь, правоохранительная деятельность, педагогика и предпринимательство).

Определение особенностей проявления синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинских профессий в соотнесении их с клиническими психопатологическими «масками».

Разработка эмпирически обоснованной модели психологической помощи, учитывающей особенности профессионального формирования синдрома эмоционального выгорания (на примере психологического исследования представителей медицинских профессий).

Многие авторы подчёркивают в своих исследованиях, что молодые по возрасту люди чаще склонны к появлению этого синдрома, и объясняют это тем, что они чаще подвержены появлению в работе эмоционального шока как реакции на сложный комплекс переживаний и чувств, который они испытывают долго и интенсивно.

Хотя возникновение СЭВ не исключено и у людей старшего возраста, ввиду хронически переживаемых ими сложных чувств на работе. Что касается наличия связи СЭВ и деперсонализации, то здесь исследователи схожи во мнениях; реже это касается наличия связи редукции и профессиональных достижений. Влияние половой принадлежности на появление СЭВ — не до конца изученный факт. В ряде исследований признаётся, что мужчины подвержены процессу выгорания в большей степени, чем женщины [5], в то время как в других исследованиях утверждается обратное. Н.В. Барабанова считает, что СЭВ чаще всего возникает в том случае, если работники не следуют гендерным ориентациям и нарушают привычный ход выполнения гендерных ролей. Так, установлено, что мужчины более чувствительны к воздействию стрессовых факторов в тех ситуациях, которые требуют от них демонстрации истинно мужских качеств, таких как физическая сила, отвага и эмоциональная сдержанность. Женщины оказались более чувствительными к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требуют от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения [1].

В ходе исследования, проведённого с использованием у критерия Манна - Уитни, установлено, что медицинским работникам, стаж работы которых превышает 5 лет, свойственны черты характера с нарушенным настроением: тревожность, эмотивность, дистимичность. Те, у кого стаж работы менее 5 лет, чаще принимают себя такими, какие они есть, без восприятия критики со стороны. Физическая агрессия чаще всего свойственна тем работникам медицинской сферы, которые работают менее 5 лет; им же почти не присуще чувство вины, что, возможно, объясняется высокой степенью психологической защиты.

Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке программ предупреждения синдрома эмоционального выгорания медицинских работников с целью повышения эффективности их профессиональной деятельности, с учётом личностных психологических характеристик. Перспективой работы считаем исследование особенностей межличностного взаимодействия и перспектив профессионального роста как фактора, препятствующего появлению синдрома эмоционального выгорания.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНТОВ

Драчук В.М., Щудрова Т.С., Копчук Т.Г.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Профессия врача – это непрерывный процесс постоянного развития и совершенствования с оттачиванием до автоматизма практических навыков, которые составляют основу профессиональной деятельности врача. Медицинское образование – это лишь первый шаг на этом пути длиною в жизнь, бесценный опыт искусства лечения. Одной из наиболее мобильных и фундаментальных отраслей медицины является фармакология, которая создает представление о безграничном пространстве лекарственных средств, существующих на фармацевтическом рынке, в то время, как рациональная фармакотерапия требует минимизировать количество лекарств в отдельной клинической ситуации. При изучении фармакологии возникает вопрос качественного и эффективного обучения, важным элементом которого является контроль.

На сегодняшний день развитие информационных технологий обучения позволяют существенно расширить поле методических разработок преподавателя, внести разнообразие и значительно усовершенствовать учебный процесс. Компьютерное тестирование – один из таких видов контроля, который позволяет оптимизировать работу преподавателя, достичь более эффективной оценки качества обучения. Тестовые задания представляют собой в определенной степени практическую задачу, или ситуацию, которую должен решить студент. Конечно, ни одно тестовое задание

не заменит реальной клинической ситуации, но это даст представление будущему врачу о необходимости скорейшего и правильного принятия решения, активизирует практическое мышление, восстановит забытые знания, позволит их систематизировать для решения определенных терапевтических целей, подготовит врача к общению с пациентами. Тестовый контроль в рамках учебных программ в виде типовых и нетиповых ситуационных задач делает учебную программу переходным звеном между практической и теоретической подготовкой.

При тестовом контроле учитывается специфика и сложность тестовых заданий, которая должна определяться степенью подготовки студентов и оценки на различных этапах обучения (начальный контроль, промежуточный и итоговый). Кроме того, не следует забывать о сдаче Единого государственного комплексного экзамена «КРОК 1», в состав которого также включены тестовые задания по фармакологии.

Вывод. На сегодняшний день, повышение качества стало ключевой идеей философии образования, тестирование рекомендуется проводить на всех этапах обучения, как эффективный способ их оценки, с целью своевременного внесения необходимых корректив к знаниям и умениям каждого отдельного студента.

МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Жураева М., Раупова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

В современном обществе эффективная профессиональная деятельность по охране здоровья и оказанию медицинской помощи населению становится труднодостижимой целью без адекватного понимания роли социокультурных факторов, влияющих на эту деятельность. Человечество в ходе своей социокультурной эволюции выработало уникальный по своему духовно-нравственному основанию и практическому значению вид культуры - медицинскую культуру. Медицинская культура является сложным, многогранным социокультурным явлением, отражающим особенности жизнедеятельности людей, которые на уровне общества, социальной группы, личности оказывают влияние на состояние их здоровья. Она является фактором, определяющим отношение людей к своему здоровью, особенности взаимодействия человека с различными учреждениями здравоохранения, медицинскими и фармацевтическими работниками, и, в конечном счете, как результат, - определенный уровень личного и общественного здоровья. Термин «медицинская культура» в настоящее время все шире используется в современной науке и повседневной жизни людей для обозначения различных явлений, процессов и качеств социокультурной жизнедеятельности людей. Медицинская культура, понимаемая в столь же широком смысле, представляет собой совокупность всего, созданного человечеством, что оказывает влияние на сохранение жизни и здоровья человека, включая продукты природной среды, видоизмененные в ходе целенаправленной деятельности людей. Она включает в себя типы и формы организации жизни и деятельности людей, создаваемые человеком духовные и материальные ценности, биомедицинские и медико-социальные технологии, влияющие на состояние здоровья человека. Медицинская культура возникла в процессе целенаправленной деятельности людей по осознанию и изменению такой грани человеческого бытия, как существование человека в состоянии болезни, в т.ч. потенциальной возможности ее возникновения и после перенесенной болезни, и выработке средств для сохранения здоровья и жизни человека. Медицинская культура, синтезируя научные, философские и другие виды знания, вырабатывает свое медико-философское понимание жизни человека. Специфика современной медицинской культуры состоит в том, что применяемые в ее области социальные практики и биомедицинские технологии, нацеленные на сохранение жизни и здоровья человека. Медицинская культура является сложным системным образованием духовной, материальной и социальной деятельности людей. Она включает в себя взаимосвязанные компоненты, как этико-аксиологический, гносеологический, эстетический, религиозный, философско-антропологический, социальный, экономический, правовой, технологический компоненты. Духовная сфера медицинской культуры образована, прежде всего, нравственными ценностями и нормами медицинской этики, историей медицины, содержащей факты и примеры не только таких достижений человеческого духа в сфере медицины, как героизм и самопожертвование, но и примеры жестокости, нивелирования ценности человеческой жизни, утилитарного подхода к человеку. Система научных и различных видов вне научного знания, являясь неотъемлемой составляющей духовной сферы медицинской культуры в настоящее время стала источником множества этических, философских и культурологических проблем. Одной из главных отличительных особенностей современной медицинской культуры является трансформация моральных ценностей. Этот процесс обусловлен свободой развития научного и гуманитарного знания в обществе. составляющие этическую основу медицинской культуры, как «жизнь - благо», «смерть - зло» пересматриваются в соответствии с понятиями качества жизни, эвтаназия и другими. Информационная среда современного общества является одним из наиболее значимых факторов, определяющих развитие медицинской культуры. В основе медико-культурной деятельности лежит общечеловеческая потребность в сохранении жизни и здоровья. Поэтому в качестве субъекта медицинской культуры правомерно рассматривать всех людей, создающих потенциал знаний о методах и средствах сохранения здоровья, диагностике и лечении различных заболеваний. Субъектом медицинской культуры является человек, создающий ее продукты - медицинские и медико-социальные технологии, знания, материальные средства для осуществления медицинской деятельности и новых биосоциальных качеств человека. Человек врачующий (*homo sanans*) - это человек, осуществляющий деятельность, направленную на исцеление болезней и облегчение страданий больных людей, восстановление здоровья человека и предупреждение возникновения заболеваний в будущем. Это понятие более широко, чем «врач», т.к. в роли врачавателя выступает практически каждый человек, позитивно влияющий на состояние здоровья людей и использующий для этого специальные методы и приемы, в том числе и научные. Целитель, врачеватель, врач - это исторические типы «человека врачующего», которые присутствуют и в современной медицинской культуре общества.

Литература:

1. Багдасарян Н.Г. Культурология: учебник для вузов. - М.: Высшее образование, 2007. - С. 272-273
2. Жданов Ю.А. Проблемы теории и истории культуры / Жданов Ю.А., Давидович В.Е. Сущность культуры. Изд. 2-е, перераб./ Отв. ред. Ю.Г. Волков. - Ростов н/Д: Наука-пресс, 2005. - С. 61.

Жарова М.Н. Человек врачующий: целитель - врачеватель - врач // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2010. № 1 (32): в 2-х ч. Ч. 2. - С. 39 - 43.

ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ ВА ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ИННАВАЦИОН ЁНДАШУВ

Комолова Ф.Дж., Акбарова Д.С.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

Ўзбекистонда таълим тизимини ривожлантириш учун бир қанча мақсадли дастурлар ишлаб чиқилди. Жумладан, 2010 йил 2 ноябрдаги “Юқори малакали илмий ва илмий педагог кадрлар таёрлаш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-1426 сонли, ҳамда Президентимиз Шавкат Мирзиёевнинг 2018 йил 5 июндаги 3775-сонли “Олий таълим муассасаларида таълим сифатини ошириш ва унинг мамлакатда ошираётган кенг қамровли ислохотларида фаол иштирокини таъминлаш” қарорлари. Мазкур қарорларнинг асосий мақсади, авваламбор, инновацион ғояларни ривожлантириш натижасида интеллектуал салоҳиятни ошириш, уларни замонавий ўқув, илмий ускуналар билан жиҳозлаш, пировардида ўқув дастурларни такомиллаштириш, тобора кучайиб бораётган замон талабларига жавоб бераётган кадрлар таёрлашда сифат жиҳатидан янгича ёндашувларни ҳаётга тадбиқ этишдан иборатдир.

Маълумки инновацион фаолиятнинг асосий компонентлари фан, таълим инвестиция ҳамда амалиётда янгилик киритиш билан белгиланади. Фан ва таълим ютуқларининг ҳаётга тадбиқ этилиши илмий фаолият, яъни илмий тадқиқот, илмий-техник фаолият ва тажриба конструкторлик ишлаб чиқариш натижасига боғлиқ.

Ахборот манбаларининг кўпайиши, маълумотлар олиш имкониятларининг кенгайиб бориши ўқитиш усулларини замонавийлаштиришни, такомиллаштиришни талаб қилади.

Хозирги кунда таълим тизимининг асосий мақсади ижодий фикрлайдиган ва эркин фикр юритадиган мутахассисларни тарбиялашдан иборат. Ижодий фикрлашни ривожлантириш таҳлил, синтез, таққослаш, умумлаштириш, таснифлаш, теранликни, тасавурни ривожлантиришни таъминлайди. Фундаментал фанлар талабаларда мутахассисликка оид тафаккур ва дунё қарашни шакллантиришда катта аҳамиятга эга. Уларнинг вазифаси организмда кечаётган патологик ва морфологик жараёнлар, уларнинг қонуниятларини ўзлаштириб, касалликлар патогенезининг молекуляр механизмлари, касалликларни олдини олиш ва даволашнинг патогенетик асослари, касалликларни ташхис қилиш ва даволаш самардорлигини назорат қилишга ўргатиш, талабаларда клиник фикрлашни ривожлантириш учун замин яратиш беради. Клиник фанлар фундаментал фанларда олинган билимларни амалиётда тадбиқ этишни ўргатади. Клиник фармакология фанни фундаментал ва клиник фанлараро интеграцияни кучайтиради. Бунда дарс ўтиш жараёнида интерфаол усуллардан График организаёрлар кўринишида ҳамда “SCORE” усулидан фойдаланиш талабаларни мавзунини ўзлаштиришда самарали натижа беради. Бу методлардан бири График организаёрлар ёрдамида талабаларнинг мавзуга оид олдинги олган билимларини “Диафрагма”, “Балиқ скелети” ва х.к кўринишида мустаҳкамлаб, қўйилган муаммоларни саволларни аниқ кетма кетликда таҳлил этишни таъминлайди.

Клиник фармакология фани амалий машғулотларида “Диуретик дори воситаларининг клиник фармакологияси” мавзусида “SCORE” усулини қўллаш буйрақларнинг анатомик структур бириги, буйрақлар фаолияти филтратция, реабсорбция, сув-электролит, кислота-ишқор мувозанати жараёнлари график организаёрлар ёрдамида таҳлил этилиб, талабаларнинг бошланғич билимлар даражаси аниқланади. Бу усуллар гуруҳдаги барча талабаларни таълим жараёнига тўлиқ қамраб олишни таъминлайди.

Машғулотнинг назарий қисмида талабаларнинг диуретик дори воситаларининг клиник-фармакологик хусусиятлари бўйича назарий билимлари аниқлангандан сўнг, дарс якунида билимларни мустаҳкамлаш учун “SCORE” усули қўлланилади, бунда талабалар 2-3 кишидан иборат 4 та гуруҳчага тақсимланади. Бу усулда:

S - symptom (муаммо симптоми): диуретик дори воситаларининг классификацияси;

C - cause (муаммони келиб чиқиш сабаби): диуретикларнинг фармакодинамик хусусиятлари;

O - outcome (муаммо ечимидан кутиладиган натижа): дори воситаларининг самардорлиги ва ҳавфсизлигини назорат қилиш усуллари;

R - resources (Нимага? Қаерда? Қандай? Қандай қилиб? Саволларга жавоб топиш орқали муаммо ечими манбалардан изланади): препаратларнинг қўлланилишига кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар;

E - effect (муаммо ечимини топиш, мақсад сари йўналтирилган амалий тавсияларни ишлаб чиқариш орқали юқори самардорликка эришиш) шиш синдромини келтириб чиқарувчи сабабларга кўра диуретик дори воситаларини қўллашга дифференциал ёндашув.

Бу методлар орқали ўқув машғулотлари ўтказилганда талабалар мавзунини ўзлаштиришда ижодий ёндошганликлари сабаб, уларнинг фаоллиги ошади, мавзу бўйича турғун билимга эга бўлганликлари намоён бўлади, уларда клиник фикрлаш кўникмалари ривожланади.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.

Котовский С.Д., Заборова В.А., Лепетинский И.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Физическое развитие характеризует состояние здоровья человека в различные периоды жизни и отражает степень соответствия биологического и паспортного возрастов. Показатели физического развития связаны с режимом двигательной активности, характером питания и влиянием факторов окружающей среды.

При занятиях физической культурой и спортом оценка физического развития играет важную роль для подбора программ тренировок. Изменение его показателей в динамике определяет степень адаптации к нагрузкам и имеющийся потенциал.

Оценка физического развития необходима для подбора программ реабилитации пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистыми и другими соматическими заболеваниями. Физическое развитие включает комплекс мероприятий по оценке морфологических и функциональных свойств организма человека, в первую очередь состава тела.

Среди множества морфологических характеристик человека наиболее часто определяют массу, состав, размеры и пропорции тела. Анализ состава тела проводится при помощи аппаратов, основанных на измерении плотности и объема тканей, таких как биоимпедансметр и метабологграф. Они позволяют определить величину основного обмена, индекс массы тела, процентное содержание жировой ткани, мышечной ткани, воды. Важным показателем считается величина фазового угла – которая характеризует выносливость, общую работоспособность и активной клеточной массы. Эти показатели характеризуют особенности белкового или жирового обмена, коррелируют с двигательной активностью и говорят о физическом развитии.

В своей работе для определения уровня физического развития мы использовали программу для ЭВМ «Калькулятор оценки состава тела». Тип реализующей ЭВМ: IBM PC совместимой с операционной системой: Windows XP/Vista/7/8/10.

Расчет производился по величине обхватов головы, туловища и конечностей, таких как обхват кисти, запястья, предплечья, плеча, головы, шеи, груди, талии, ягодиц, бедер, голени, лодыжки и стопы. А так же по размеру кожно-жировых складок на следующих участках: кисть, предплечье, плечо спереди и сзади, грудь, мечевидный отросток, живот, передняя подвздошная ость, бедро спереди, голень. Результаты, полученные с помощью программы, являются точными, контролируруемыми и воспроизводимыми.

Практическое применение программы для ЭВМ «Калькулятор оценки состава тела» позволяет оценивать особенности показателей антропометрии, уровня развития мышечной и жировой ткани в составе тела. Важной особенностью полученных расчетов является характер распределения жировой и мышечной массы по сегментам тела человека.

НЕТЕХНИЧЕСКИЕ И ПАРАМЕДИЦИНСКИЕ НАВЫКИ В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ ДАЙВЕРОВ

Лепетинский И.С., Заборова В.А., Котовский С.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

В настоящее время дайвингом занимаются в научных и рекреационных целях, а также для коммерческих работ, военного и иного подводного строительства, в том числе обслуживание нефтяной и нефтегазовой промышленности.

На основе данных, предоставленных национальной ассоциацией подводных инструкторов («National Association of Underwater Instructors» – NAUI), профессиональной ассоциацией дайвинг-инструкторов («Professional Association of Diving Instructors» – PADI) и SSI («Scuba Schools International») по сертификации подводных погружений, количество дайверов, которые делают не менее 5 погружений в год, около 1,2 миллионов человек в мире.

Профессиональные дайверы (Водолазы) имеющие международную квалификацию и находящиеся в постоянной готовности в подразделениях Морской Спасательной Службы (МСС) имеют действительную международную квалификацию в области базовой реанимации, парамедицинской или соответствующей медицинской помощи, что включается в объем компетентности программ «Basic Life Support» (BLS) – как один из основополагающих критериев международных норм.

Базовое обучение безопасности и экстренному медицинскому реагированию в случае чрезвычайной ситуации при работе – успешно отдалает возможные медицинские ситуации, с необходимой последующей длительной реабилитацией. Медицинские работники дайверских команд (MER) и дайверы обученные медицинским (DMT) техникам (парамедики) компетентностно-ориентированы уровням «Advanced Life Support» (ALS / ACLS / ILS) и «Trauma Life Support» (PHTLS / ITLS / ATLS), что также включено в объемы международных требований систем «The Diving Medical Advisory Committee» (DMAC) - International Marine Contractors Association (IMCA).

Наличие, критично важных, нетехнических навыков имеют курсы аналогичных систем подготовки специалистов подводной деятельности «Divers Alert Network» (DAN) – в системе парамедицинского обучения и реагирования на медицинские ситуации.

Владение обозначенными навыками является основным требованием при реализации трудовых задач в международном пространстве, с учетом трендов развития систем безопасности в организациях подрядчиков.

С учетом имеющегося международного опыта, около 85% потенциальных рисков удается предотвратить при помощи системного симуляционного обучения, включающего основные нетехнические навыки как объем выработки командообразующих механизмов.

Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского Университета в сотрудничестве с МСС впервые в РФ стала проектировщиком образовательных программ для технического и медицинского персонала обеспечивающего экстренное реагирование в дайвинг-индустрии.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

Мирхамидова С.М., Рустамова Х.Е.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Проблема информированности населения о путях передачи ВИЧ (в том числе от матери к ребенку), а также способах профилактики инфекции является чрезвычайно актуальной. Несмотря на усилия ученых всего мира, вакцина от ВИЧ пока не изобретена, и профилактика остается единственным средством сдерживания эпидемии. Информация о путях распространения и способах защиты от ВИЧ-инфекции доступна населению. Тем не менее, эпидемия нарастает. В настоящее время медицина не располагает средствами, которые позволили бы вылечить ВИЧ-инфицированного человека.

Материалы и методы исследования: С целью повышения информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции мы разработали анкету для оценки уровня знаний по вопросам ВИЧ-инфекции. Анкета является анонимной, состоит из шестнадцати вопросов. Первый блок содержит информацию об анкетированном: пол, возраст. Второй блок содержит вопросы о путях передачи, мерах защиты от инфекции. Третий блок - вопрос на толерантность. Анкетирование проводилось среди населения города Ташкента путём онлайн опроса. Мы создали сайт (<https://www.survio.com/>)

survey/d/E2X5D2G7Q8H3L1K9C) где мы поместили наш опросник и агитировали людей в прохождении опроса с помощью социальных сетей как Telegram, Facebook и LinkedIn. В общей сложности за месяц было опрошено 100 человек, из них 29 мужчин и 71 женщин. Основная часть наших респондентов состоят в зарегистрированном браке - 50% от общего количества. Врачами доказано, что только четыре биологические жидкости организма человека содержат достаточную концентрацию ВИЧ для заражения другого человека. Это: **кровь, сперма, вагинальные выделения и грудное молоко**. Если одна из перечисленных жидкостей ВИЧ-положительного человека попадет в организм здорового, то вероятность заражения ВИЧ будет очень высокой. У наших респондентов была возможность выбрать несколько вариантов ответа и многие из них (95%) выбрали правильный ответ кровь, 54%-сперму, 46%- вагинальный секрет и 34% выбрали грудное молоко.

Выводы. Люди, которые не относят себя к этим группам, считают, что опасность им не угрожает, и не соблюдают правил поведения. Они думают: «Это не может случиться со мной», но СПИД-это не про «нас», а про «них». Одни не заражаются ВИЧ, потому что они «хорошие», а другие не защищены от ВИЧ, потому что они «плохие». Человек заражается ВИЧ в результате своих поступков, но не в результате того, кем он является. Заболеть СПИДом может любой человек, совершающий поступки, граничащие с риском заражения ВИЧ. Никто не застрахован от болезни, если подвергает себя риску. Никто не заслуживает этой болезни. И пока мы не поймем, что любой может заразиться ВИЧ, эпидемия будет продолжаться. Результаты исследования показали не только недостаточный общий уровень знаний профилактики ВИЧ, но и низкий уровень знаний правовых вопросов, законодательства, более того, было отмечено среди специалистов, которые в силу своих обязанностей должны владеть этой информацией. Стигматизация этого заболевания началась с момента возникновения эпидемии ВИЧ и ее распространения в мире и породила страх перед этой болезнью. Особенно страх заражения выражается в необходимости оказания услуг для ВИЧ-инфицированных, в частности со стороны медицинских работников. В настоящее время в результате проведения исследований и реализации целевых программ, многие стигматы и формы дискриминации перестали проявляться. Значительно улучшилось отношение (особенно не медиков) к инфицированным.

SOʻLIQNI SAQLASH TIZIMI DA PSIXOLOGIK XIZMAT FAOLIYATINI TASHKIL ETISHNING ʻZIGA XOSLIGI

Нарметова Ю.К.

Ташкентская медицинская академия

Мавзуга оид адабиётлар таҳлили соғлиқни сақлаш ташкилотларида психологик хизматни ташкил этиш муаммосининг илмий нуқтаи назардан етарлича ёритилмаганлиги ва бу борада турли хил, бир-бирига қарама-қарши фикрлар ва ғоялар мавжудлигини кўрсатди. Л.Г.Матвеева клиник психология бугунги кунда дунёда энг кўп тарқалган психология мутахассислиги бўлиб, психологик амалиётнинг турли соҳаларида меҳнат қилувчиларнинг 41%и тиббиёт психологияси соҳасига тегишли эканлигини таъкидлайди. Етук мутахассис бўлиши учун клиник психолог 3000 соатли тренинг дастурини ўзлаштириши лозимлиги, уларнинг ичида мижозлар билан ишлаш ва супервизия борлигини уқтириб ўтади. Шу жумладан муаллиф Россияда клиник психологлар тайёрлаш муаммоларига тўхталар экан, унинг дидактик, назарий ва амалий томонларига алоҳида эътибор қаратади. И.Н.Гурвич замонавий жамиятда мақсадга йўналтирилган психологик ёрдамга муҳтож гуруҳлар пайдо бўлганлигини, саломатликнинг ижтимоий-психологик муаммоси ортиб бораётганлигини таъкидлайди. Психолог олимлардан Г.М.Андреева, В.В.Бойко, Ю.Н.Емельянов, Е.С.Кузьмин, Б.Ф.Ломов, А.Г.Маклаков, Т.А.Немчин, Л.А.Петровская, К.К.Платонов, Е.Д.Хомская; психиатрлар В.А.Абрамов, Ю.А.Александровский, В.М.Елейхер, Л.И.Вассерман, И.Я.Гурович, Н.М.Жариков, Д.Н.Исаев, В.Е.Каган, Б.Д.Карвасарский, О.В.Кербинов, В.В.Ковалёв, Д.Е.Мелехов, В.В.Нечипоренко, Ю.Л.Нуллер, Ю.Е.Рахальский, Л.Л.Рохлин, С.Б.Семичов, В.Я.Семке, П.И.Сидоров, Ф.И.Случевский, В.А.Ташлыков, Б.С.Фролов, Л.К.Хохлов, В. М.Шумаков ишларида саломатлик ва касалликнинг социал-психологик томонлари ёритиб берилган, лекин шунга қарамасдан, амалий психологик ёрдам борасида собиқ иттифоқ мамлакатлари Ғарб мамлакатларидан анча орқада эканлиги жуда кўп муаллифлар томонидан эътироф этилади. Зеро, тиббий адабиётларда маълумот берилишича, поликлиникаларда невропатологга мурожаат этаётган беморларнинг 49-57%и, терапевтларда даволанаётган беморларнинг 34-47%и психотерапевтик муолажага муҳтож. Жаҳон тажрибаси шуни кўрсатадики, психологлар барча клиник ва даволаш-профилактика йўналишларида ишлашлари зарур ва уларнинг ҳар бирида ўзига хос вазибалар бажарилиши керак.

Муаллиф томонидан тузилган ижтимоий-психологик сўровнома тиббиёт муассасаларида психологик хизматнинг ташкил этилиши замон ва аҳоли талабига жавоб бермаслигини, хатто шифокорларнинг кўпчилиги клиник шароитларда психологик хизмат қандай кўринишда бўлиши зарурлиги ва психолог аслида ким ҳамда у нима билан шуғулланиши ҳақида етарлича тасаввурга эга эмасликларини кўрсатди. Бизнинг фикримизча, бу ҳолат соматик касалликлар орқасида яширинган психологик муаммоларни ўз вақтида қайд этиш ва профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш имкониятини пасайтиради. Таъкидлаш жоизки, бир қатор шифокорлар билан ўтказилган суҳбат ва сўровнома натижаларида психотерапевт аслида ким ва у нима билан шуғулланади, деган саволга ҳам турлича жавоблар олинди.

“Тиббиёт муассасаларида психологик хизмат ташкил этилиши керак деб ҳисоблайсизми?” саволига 508 нафар респондентларнинг 95,5 фоизи “ҳа” жавобини берган бўлса, 3,5% фоизи “йўқ, ўз иш жойида бўлиши керак” деган жавобни қайд этганлар, 1% фоизи эса “билмайман” деб жавоб берганлигини кузатишимиз мумкин. Демак, респондентларнинг аксарияти тиббиёт муассасаларида психологик хизматни йўлга қўйиш тарафдори экан.

“Тиббиёт муассасаларида психологик хизмат йўлга қўйилса, мазкур хизматдан фойдаланган бўлармидингиз?” саволига респондентларнинг 63,9 фоизи “ҳа”, 13,8 фоизи “муурожаат қилиш мумкин”, 13,4 фоизи “йўқ”, 8,5 фоизи “билмадим”, 0,4% фоизи “текин бўлса” мазмунда жавоб берганлар. Жавоблардан кўриниб турибдики, аксарият респондентлар психологга муурожаат қилишни маъқул деб билишларини билдирганлар.

Шифокорларга мўлжалланган “Фаолиятингиз давомида беморни даволашга тўсик бўлаётган психологик муаммоларга тез-тез дуч келган ва психолог хизматига эҳтиёж сезган пайтларингиз бўладими?” саволига шифокорларнинг 70,8 фоизи- “ҳа” деган жавобни, 13 нафари 20,0 фоизи - “йўқ”, 7,7 фоизи - “ҳар доим ҳам эмас”, 1,5 фоизи “ўзимиз психолог бў-

лишга ҳаракат қиламиз” мазмунидаги жавобларни қайд этганлар. Жадвалдан кўриниб турибдики, аксарият шифокорлар фаолиятида психолог хизматига эҳтиёж мавжуд.

Олиб борилган ушбу тадқиқотимиз замонавий жаҳон психологиясида кузатилаётган тенденцияни янада яққолроқ такрорлади, яъни тиббиёт муассасаларида психологик хизмат соҳасида қандай маълумотга эга мутахассис ишлаши керак ва унинг клиника ва поликлиника шароитидаги асосий функциялари нималардан иборат, деган муаммонинг охиригача ҳал этилмаганлиги бизнинг мамлакатимиз шароитида ҳам кузатилишини тасдиқлади. Мазкур ҳолат тиббиёт муассасаларида психологик хизматни йўлга қўйиш аниқ йўналишини белгилаш ва дастурини яратиш заруратини тугдиради.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ

Нуриддинов С.М., Мелибоева Р.Н.

Ташкентская медицинская академия

Специалисты в области спортивной психологии и тренеры уже давно идентифицировали типичные психологические реакции на травмы. Одни люди расценивают травму как катастрофу. Другие могут расценивать травму как своеобразную передышку, способ отдохнуть от напряженных тренировочных занятий, спасти свое реноме в том случае, если у них не клеится игра, или даже как приемлемое оправдание своего прекращения дальнейших занятий спортом. Наиболее типичной реакцией большинства людей на спортивную травму является реакция огорчения. Люди, получившие травму, проходят процесс, включающий пять этапов: отрицание, гнев, «заклучение сделки», депрессия, принятие и реорганизация.

После травмы у большинства людей наблюдается фаза отрицания. Находясь в состоянии шока, они не верят, что получили травму. После осознания реальности происшедшего наступает фаза гнева. Спортсмены начинают ругать себя и окружающих. Затем наступает фаза «заклучения сделки»: спортсмен пытается обосновать избежание реальности ситуации. Например, травмированный бегун может пообещать себе тренироваться еще более усердно или всегда быть приветливым с окружающими, если ему «повезет» быстро восстановиться. Во время четвертой фазы происходит полное осознание факта травмы и ее последствий. Понимая, что он больше не сможет продолжать занятия, спортсмен впадает в состояние депрессии и испытывает неопределенность в отношении своих будущих занятий. Пятая фаза — фаза принятия, когда спортсмен выходит из состояния депрессии и готов сосредоточить все свои силы на процессе реабилитации и возвращения к физической активности. У большинства спортсменов наблюдается подобные реакции на травму, однако скорость и легкость «прохождения» всех пяти этапов могут существенно колебаться. Если один человек «проходит» эти этапы за 1—2 дня, то другому могут потребоваться недели и даже месяцы. Все эти пять фаз могут не быть одинаково важными для спортсмена или занимающегося. У большинства людей наблюдается типичная реакция на травму, однако скорость и легкость «прохождения» фаз этой реакции могут существенно колебаться.

Страх и тревожность при травмировании у спортсменов могут наблюдаться высокие уровни страха и тревожности. Они беспокоятся о том, смогут ли восстановиться, не получат ли повторной травмы и т.п. Поскольку травмированные спортсмены не могут тренироваться и принимать участие в соревнованиях, у них много времени для того, чтобы волноваться. Многие спортсмены, получив травму, теряют уверенность в себе. Снижение уверенности может привести к снижению уровня мотивации, отрицательно повлиять на уровень физической активности, атак же привести к дополнительной травме, поскольку спортсмены стараются компенсировать утрату уверенности, прилагая чрезмерные усилия. Ввиду снижения уверенности в своих силах, атак же пропущенных тренировочных занятий уровень результатов спортсменов, перенесших травму, может снизиться. У многих спортсменов возникают определенные трудности ввиду сниженного уровня результатов после перенесенной травмы.

В исследовании, целью которого было определить, как использование психологических методов содействует процессу реабилитации поврежденных, ученые попытались установить, используют ли спортсмены, которые довольно быстро (менее 5 недель) восстанавливаются после травм колена и лодыжки, большое количество психологических методов и умений, чем те, у которых процесс восстановления длится более 16 недель (Levleva, Orlick, 1991). Ученые проводили опрос, определяли отношение, наличие социальной поддержки, использование положительной внутренней речи, идеомоторных актов, постановки целей и т.д. Оказалось, что спортсмены, у которых процесс восстановления протекает быстрее, чаще используют постановку целей, положительную внутреннюю речь и идеомоторные акты, чем спортсмены, у которых процесс восстановления длится дольше.

Психологические аспекты реабилитации поврежденных вытекают из понимания реакций на травму. Однако одного понимания процесса реагирования на травму недостаточно. Осуществлению процесса реабилитации, в частности, способствуют такие психологические методы:

1. Установление взаимоотношений с травмированным человеком;
2. Информирование травмированного человека о том, как протекает процесс реабилитации;
3. Обучение специальным психологическим навыкам и умениям, направленным на осуществление реабилитации;
4. Подготовка травмированного человека к возможным рецидивам в процессе реабилитации;
5. Обеспечение социальной поддержки.

Литература

1. Леонов С.В. Психологические критерии оценивания временных интервалов в профессиональной деятельности : диссертация ... канд. психол. наук ; [Моск. гос. ун-т им. М.В.Ломоносова]. – Москва, 2008.
2. Hardy L. Psychological stress, performance, and injury in sport // British Medical Bulletin. – 1992. – V. 48. – P. 615-629. 19.
3. Wiese DM, Weiss MR (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: implications for the sports medicine team. Sport Psychol 1:318-30

ИННОВАЦИОННАЯ РОЛЬ ЗДРАВНИЦ В ПРОГРАММАХ СОВРЕМЕННОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Овчинникова М.А., Сафонищева О.Г.

*Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

Актуальность. В структуре мировых тенденций разработка эффективных программ ранней диагностики, персонализированной профилактики, эффективного лечения и медицинской реабилитации социально значимых заболеваний (СЗЗ) у лиц трудоспособного возраста становится одним из долгосрочных приоритетов развития медицинской науки.

Цель исследования: Изучить предпосылки перехода к новой системе организации медицинской помощи – 4-П медицине на современном этапе.

Обсуждение. В результате Проекта по расшифровке генома человека был сделан большой скачок от «структурной генетики» к «генетике взаимодействий» генов между собой, и далее - к геномике, которая изучает взаимодействие генов с внешней средой и влияние средовых факторов на гены. Клиницисты стали понимать, что полигенные мультифакторные заболевания преобладают в структуре заболеваний (составляя более 85%), а факторы окружающей среды (биологические, психологические, электромагнитные) могут проявлять себя как индукторы, ингибиторы и субстраты, которые влияют на экспрессию генов. Все это позволило сформировать концепцию 4-П медицины: предиктивная (основанная на знании предрасположенностей), превентивная, персонализированная и патисипативная (с осознанным участием пациентов), с трансляцией фундаментальных знаний в практическое здравоохранение - выходом на персональные генетические паспорта здоровья и союз генетиков, клиницистов и пациентов. Наиболее эффективным является реализация программ профилактики и медицинской реабилитации СЗЗ в условиях здравниц с их уникальной природной инфраструктурой, где возможно минимизировать фармакологическую нагрузку и одновременно соединить комплексное применение нелекарственных методов с природными лечебными факторами, обучением пациента всем составляющим здорового образа жизни – рациональному питанию, двигательному режиму, отказу от вредных привычек.

Выводы. Для улучшения качества жизни, поддержания активного долголетия необходимым условием является создание профилактической среды, пересмотр приоритетов системы здравоохранения, а также повышение уровня культуры и персональной ответственности человека за сохранение здоровья. Санаторно-курортный распорядок, уникальная природно-климатическая обстановка, могут помочь переходу здравниц на новый уровень здоровья сохраняющих, здоровье восстанавливающих, научно-образовательных центров, а пациентам стать активными участниками инновационного проекта – превентивно-предиктивной и персонализированной медицины XXI века.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ВИДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ РАБОТЫ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Орос В.Ю., Довганич Е. Н.

Ужгородский национальный университет, Украина

В условиях приоритетного развития в Украине системы общественного здоровья обеспечение в ее рамках эффективной комплексной антиалкогольной работы является важной государственной задачей.

Цель работы. Определить основные виды и направления антиалкогольной деятельности системы общественного здоровья на региональном и местном уровнях.

Материалы и методы исследования. При выполнении работы использовано библиосемантический метод и метод структурно-логического анализа. Материалами исследования были документы Всемирной организации здравоохранения и научные публикации на указанную тему. Определение приоритетных видов и направлений антиалкогольной работы в системе общественного здоровья проводилось экспертным путем. Экспертами выступили 8 врачей наркологов, 12 работников системы общественного здоровья и 5 организаторов здравоохранения. Оценка проводилась по 10-бальной системе.

Результаты исследования и их обсуждение. По заключению экспертов для внедрения в систему общественного здоровья на региональном уровне определены следующие виды и направления антиалкогольной работы: информационно-просветительная работа, включая создание целевых телевизионных программ, а также создание телефонных служб «Доверия» для оказания психологической поддержки лиц употребляющих алкоголь и членов их семей. Основная работа должна проводиться на местном уровне. Она включает профилактическое направление, мотивацию лиц злоупотребляющих алкоголем до социальной адаптации и создание условий для ее осуществления, а также оказание психологической поддержки семьям в которых живут зависимые от алкоголя люди. Эксперты поддержали создание местных клубов «Жизнь без зависимости», сознание условий для полезной занятости молодежи, проведение скрининга на раннее выявление лиц склонных к злоупотреблению алкоголем и проведение с ними мотивированного консультирования. Все виды работ должны проводиться совместно с системой здравоохранения, образования, местными активистами и правоохранительными органами.

Выводы. Предложенные виды и направления антиалкогольной работы системы общественного здоровья должны способствовать снижению уровня употребления населением алкоголя и отрицательных медико-демографических последствий алкоголизма.

КАЛИЙ БИЛАН БОҒЛИҚ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИ ИШЧИЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ГИГИЕНИК ТАВСИАЛАР

Ортиқов Б.Б.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Калий ишлаб чиқариш билан боғлиқ корхона ишчиларининг соғлом овқатланишига қўйиладиган гигиеник талабларни жорий этишда корхона ишчиларининг доимий равишда турли даражадаги жисмоний юкламалари

бажариши, иш жойи билан боғлиқ зарарли омилларнинг организмда кечадиган турли биологик жараёнлари меъёрий кечишини таминлаши зарур.

Тадқиқотнинг мақсади. Калий ишлаб чиқариш корхонлари ишчилари соғлом овқатланишини ташкиллаштиришга қўйиладиган тавсияларни татбиқ қилишдан иборат.

Калий ишлаб чиқариш билан боғлиқ корхона ишчиларининг соғлом овқатланишига қўйиладиган гигиеник талаблар қуйидагилардан иборат: кунлик овқатланиш рационининг энергетик қуввати ишчиларнинг турли оғирлик даражадаги жисмоний фаолиятларга сарфлайдиган энергия сарфига мос келиши; кунлик овқатланиш рационининг корхона ишчиларнинг иш жойи зарарли омилларини инobatга олган ҳолда ташкил этиш; овқатланиш рациониди таркибидаги калий кам бўлган озиқ-овқат маҳсулотлар билан таъминлаши; кунлик овқатланиш рациониди озиқ-овқат маҳсулотлари таркиб жихатидан хилма-хиллиги, витамин ва минерал моддаларга бойлигини таъминлаш; кунлик овқатланиш рационини юъори энергетик бой озиқ-овқат маҳсулотлари билан бойитиш; кунлик овқатланиш рациониди оксиллар улшини асосан ҳайвон оксиллар ҳисобига рацион қувватинининг 15% игача кўпайтириш (улар умумий оксил тушишининг 60 % ини ташкил этиши лозим) парранда гўшти, балиқнинг ёғсиз навлари, ич маҳсулотлари; асосий энергияга бой маҳсулотларини куннинг эрталабки нонушта ва кундузги тушлик пайтда қабул қилиш; кунлик овқатланиш рационига юъори харорат ҳисобига сув-туз алмашинуви меъёрини таъминлаш, таомномада алоҳида турли салқин ичимликлар билан таминлаш ва тугалланган иш кунидан кейинги организмнинг нормал физиологик ҳолатини таъминлаш; овқатланиш рациондаги антиоксидант витаминлар: Е, С, А витаминлари, β-каротин, биофлавоноидлар миқдорини ёшга оид меъёрларга нисбатан 20-50% гача ошириш; кунлик овқатланиш рационини сут ва сут маҳсулотлари билан таминлаш;

Ишчилар соғлом овқатланишини рационал асослаш ва гигиеник чора-тадбирларни тадбиқ этиш организмда моддалар алмашинувига ижобий таъсир қиладиган, юъори ишлаш қобилиятини таъминлаш ва турли касбий касалликларни олдини олишга қартилган соғлом овқатланишини таъминлашга эришишга замин яратди.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Отамуродова Г., Аскарлова Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Одна из задач, стоящих перед наукой - решить проблему рака, найти его причины и суметь излечить от нее больных людей. Естественно- научные методы, раскрывая те или иные факторы, способствующие развитию онкологического заболевания, остаются перед закрытой дверью в главных вопросах: «Почему одни люди заболевают, а другие, живущие в тех же физических условиях - нет?» Роль психологического фактора развития заболевания, а также излечения не поддерживается. Известно, что уровень стресса и выраженность состояний дезадаптации у онкологических пациентов определяется тем, какова их личностная реакция на болезнь. Важнейшие задачи, которые психологи должны решить в ситуации болезни, таковы:

- 1) развитие навыков саморегуляции психических состояний;
- 2) поиск адаптивных стратегий совладания со стрессом;
- 3) контроль искажающих когнитивных процессов;
- 4) разрешение внутренних психологических конфликтов;
- 5) разрешение проблем в отношениях с родными и близкими;
- 6) перестройка мотивационно-потребностной сферы в связи с фактом болезни.

Разработкой стратегий психологической помощи онкобольным занималось большое количество специалистов.

Методы, которые они предлагают использовать, обычно направлены на улучшение качества жизни, уменьшение эмоциональной напряженности, ослабление болевых синдромов, создание так называемых «ресурсных состояний», актуализирующих возможности адаптации человека к стрессовым ситуациям. Особую актуальность психологическая коррекция приобретает в связи с высоким риском суицидального поведения онкологических пациентов. С этими целями используются аутогенная тренировка и нервно-мышечная релаксация, гипноз, нейролингвистическое программирование, гештальт терапия, экзистенциальная, семейная, музыка- и арттерапия. Если говорить о формах оказания помощи, то, наряду с индивидуальной и групповой психотерапией, все большую популярность приобретают консультации в режиме онлайн и по телефону. Одним из эффективных направлений работы с онкологическими пациентами является когнитивная психотерапия, в ходе которой пациент учится управлять своими чувствами и поведением, усваивает модели мышления, отличные от тех, которые вызывали болезненные переживания. Обучение пациента приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями, ведет к улучшению его самочувствия, выработке конструктивных стратегий в преодолении болезни, формированию способности организма сопротивляться заболеванию, повышению стрессоустойчивости.

В целом можно заметить, что в настоящее время совершенствование методов психологической помощи онкологическим пациентам связано с исследованиями стратегий совладающего поведения. Было показано, что групповая и индивидуальная психотерапия, направленная на выработку у пациента более адаптивных способов реакции на стресс, влияет на качество и продолжительность жизни. П. Паглиезе и др. разработали интегрированную стратегию психологической помощи пациентам с колоректальным раком с акцентом на выработку адаптивных копинг-стратегий. Результаты показали, что после четырех месяцев лечения больные, получавшие психологическую помощь, имели более высокие показатели субъективного благополучия. У них понизились показатели тревоги и эмоционального дистресса, улучшились межличностные отношения [1]. Что касается комплексных программ, разработанных специально для онкологических больных, то их не слишком много. Наиболее известная из них — программа американских онкологов-радиологов Саймонтон К., С.Саймонтон. Предлагаемые авторами методы направлены на улучшение физического и эмоционального состояния пациентов, повышение их способности решать эмоциональные проблемы и усиление веры в возможность выздоровления [2]. Программа должна включать в себя несколько психологических этапов:

— осознание стрессовых ситуаций для поиска эффективных способов борьбы с болезнью;

- релаксацию и визуализацию своего выздоровления для уменьшения выраженности негативных эмоций;
- создание положительных мыслительных образов и преодоление затаенных обид с целью приобретения способности адекватно выражать свои чувства и управлять своей жизнью, освобождения от стресса;
- постановку целей для преобразования своих эмоциональных, интеллектуальных и физических потребностей в жизнеутверждающее поведение;
- разработку системы семейной поддержки, в результате чего близкие больного могут как разобраться в собственных переживаниях по поводу недуга, так и научиться с терпением и пониманием относиться к пациенту.

Таким образом, оказания психологической помощи будет способствовать улучшению качества жизни и повышению эффективности терапии онкологических пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Паламар А.А., Яремий И.Н., Грозав А.Н., Скрынчук О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Индивидуальная самостоятельная работа студентов является неотъемлемой составляющей в подготовке будущих провизоров, позволяет им лучше усвоить учебный материал, расширить свои умения и навыки. Основной задачей самостоятельной работы является расширение и углубление знаний, умений, полученных во время лекционных и практических занятий, развитие индивидуальных качеств и способностей студента. Поэтому, при изучении учебных дисциплин студентами фармацевтического факультета значительное внимание уделяется организации самостоятельной работы студента (СРС).

В Буковинском государственном медицинском университете (БГМУ) созданы все надлежащие условия для качественной подготовки будущих специалистов фармации. Реферативные сообщения и результаты, выполненных студентами экспериментальных научных исследований рассматриваются и обсуждаются, лучшие из них заслушиваются на заседаниях студенческого научного кружка и направляются для участия в конференциях. СРС, как вид деятельности студентов при изучении дисциплин фармацевтического профиля, организована в соответствии с рабочей учебной программой, как целостная система с использованием информационных технологий обучения и предполагает работу с электронными ресурсами, выполнение индивидуальных заданий, решение тестовых заданий для самоконтроля в режиме реального времени. Оценка за СРС учитывается при выставлении итоговой оценки по дисциплине, а публичность результатов является стимулом для улучшения ее качества.

Для обеспечения качества СРС в БГМУ успешно функционирует информационная система интерактивных и дистанционных средств обучения и контроля знаний студентов на сервере дистанционного обучения. Система представляет собой платформу для реализации дистанционного обучения, позволяет создавать электронные учебные курсы и предоставлять студентам доступ к ним с помощью сети internet, улучшая таким образом качество обучения. Электронное обучение представляет собой комплекс учебно-методических материалов и образовательных услуг, созданных для организации индивидуального обучения студентов БГМУ с использованием информационно-коммуникационных технологий. С помощью сервера дистанционного обучения студенты имеют возможность в онлайн режиме ознакомиться с учебным материалом, предоставленным в виде информационных ресурсов (презентации, текстовые файлы, анимации, электронные пособия), выполнить задание и отправить его на проверку, пройти тестирование и тому подобное.

Таким образом, организация самостоятельной работы студентов фармацевтического факультета является обязательной составляющей учебного процесса в высшей школе и способствует формированию необходимых для будущих провизоров компетенций.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. УЖГОРОДА И ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пишковци А-М.М.

Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

В структуре стоматологических заболеваний зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают третье место после кариеса и заболеваний тканей пародонта. Развитие ЗЧА впоследствии может привести к косметическим дефектам, несвоевременной потере зубов, нарушению речи, жевания, дыхания и глотания. По данным исследований за последние годы развитие зубочелюстных аномалий растет. Это можно пояснить тем, что в раннем возрасте ребенка, родители не обращали внимания на развитие и соотношение челюстей по нормам.

Цель работы: проанализировать результаты клинического стоматологического осмотра и разработать научно обоснованные профилактические рекомендации для уменьшения возникновения зубочелюстных деформаций.

Материалы и методы исследования: в соответствии с целью исследования был проведен анализ результатов стоматологического обследования школьников среднего и старшего школьного возраста г. Ужгорода.

Результаты исследования и их обсуждение: Стоматологическое обследование школьников осуществляли по общепринятому алгоритму ВОЗ. По данным обзора можем сказать, что в 67% из осмотренных детей имеющиеся зубочелюстные деформации такие как, аномалии прикуса, адентия, макро- и микроденция и другие. Из этих 67%, 46% школьников в возрасте от 7-10 лет, 12% от 10 - 12 лет и 9% дети в возрасте 12- 15 лет имеют ЗЧА. Только 34% с 67% посещали ортодонта с целью «красивой улыбки», и только 7% из них проходят лечение у ортодонта. Из 34% детей получивших консультацию ортодонта 19% - это школьники в возрасте от 8 до 10 лет, 11% - это дети от 10 до 13 лет и 4% - дети от 13 до 15 лет. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дети в раннем возрасте не обратились за консультацией к врачу - ортодонт. По данным анкетирования родителей, стало известно, что лечение зубочелюстных аномалий является дорогостоящим и не для всех детей доступно.

Выводы: 1. Результаты клинического осмотра школьников указывают на высокий уровень развития ЗЧА в разный возрастной период. Самый высокий уровень патологии выявлен у детей в возрасте от 8 до 13 лет.

2. Разработаны практические рекомендации для семейных врачей и врачей - стоматологов по проведению регулярных медицинских осмотров детей в школах с целью раннего выявления и недопущения запущенных стадий развития зубочелюстных аномалий.

3. Медицинская помощь детям с ЗЧА должна финансироваться за счет средств государственного бюджета.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ФИЗИОЛОГИЯ»

Сафарова С.Ч., Мадазизова Д.Р., Усанова С.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Физиология (φύσις - природа) - представляет собой комплекс естественнонаучных дисциплин, изучающих как жизнедеятельность организма в целом, так и отдельных систем и процессов, органов, клеток, клеточных структур (частная физиология). Физиология стремится раскрыть механизмы регуляции, закономерности жизнедеятельности организма и его взаимодействия с окружающей средой.

Исходя из этого, предметом объекта исследования физиологии является здоровый организм. Задачи физиологии включены в ее определение. Основным методом физиологии является эксперимент на животных. Поэтому мы считаем, что система высшего образования должна готовить профессионалов-специалистов, компетентных в своей области, готовых к самореализации и восприятию нового на основе приобретенного опыта. Для эффективности повышения качества образовательного процесса педагог должен знать проблемы предмета и преподавания дисциплины. Главной задачей обучения является применение, развитие, закрепление, обобщение знаний и умений не только самого предмета, но и смежных с ним дисциплин.

Педагогические и учебно-воспитательные задачи дисциплины заключаются в вытекающем: дать студентам научные знания о морфологии и жизненно важных процессах организма ребенка, научить прививать им гигиенические навыки и умения, способствующие сохранению здоровья. Научные знания, полученные студентами в определенной системе понятия, способствуют формированию у них клинического мышления и понимания развития человека и природы в целом. [1.с, 5].

Для усвоения предмета «Физиология» и для формирования у студентов практические навыки в лабораторный занятия активно используются мультимедийные программы, лабораторные опыты на лягушках и лабораторные работы на новейшем оборудовании «Вюрас».

В педагогической деятельности на основе указанных методов преподавания возникает следующая устойчивая зависимость: расширение познавательных интересов → осознание восприятия предмета → потребность в познании связи с другими дисциплинами и клиникой → творческий подход → формирование квалификации и навыки → самостоятельность студента.

Использование инновационных технологий на занятиях усиливает быструю охватываемость преподаваемого предмета, активизирует процесс усвоения предмета и данного материала, основанный на его постоянном использовании. Практическая потребность и полезность знаний по предмету становится наглядной, что приводит к их углублению и расширению.

Новые инновационные технологии вносят в педагогический процесс своеобразность, творческий подход, разнообразят формы самостоятельной деятельности, побуждают к овладению новыми умениями и навыками [2.с, 212]. В дальнейшем это также способствует активному участию студентов в проведении лабораторных опытов.

Построение учебного процесса на основе инновационных технологий ставит педагога перед необходимостью значительно глубже проникать в содержание определенных тем других предметов. Составляя свой учебный план, педагог должен изучить учебные и календарно-тематические планы смежных дисциплин, чтобы знать объем и уровень усвоенных студентами знаний, и дать определенный запас знаний по данному материалу.

Принцип дисциплины направлен на изучение проблем и вопросов для студентов, которые ориентированы на применение знаний и умений из других дисциплин. При этом задания должны быть составлены корректно, с определенными требованиями и без явных противоречий. А также терминология должна быть единой и доступной.

На занятиях студенты вторых курсов осознают необходимость применения знаний предмета в практической деятельности, а также повторяют ранее пройденный материал и успешнее усваивают новый. Эти занятия носят выраженный прикладной характер и особенно эффективны. При этом требуется серьезная подготовка к ним педагогов и студентов.

Учитывая сложность и объем материала по предмету, необходимо вырабатывать у студентах мотивацию к изучению предмета и данных разделов. Если рассматривать физиологию как науку в отрыве от других дисциплин, то у студентов не возникнет представления о том, зачем нужно изучать так много материала, и где полученные знания в будущем могут им пригодиться. Поэтому необходимо, чтобы при изучении каждого раздела предмета студент убеждался, что определенные физиологические сведения ему обязательно понадобятся при освоении других клинических дисциплин. Это позволит сформировать устойчивую мотивацию для усвоения этих знаний.

При преподавании нужно четко представлять, какие физиологические сведения являются клинически значимыми, т.е. обязательно будут востребованы клиницистами. [3.с, 102].

Учебный материал можно подавать студентам в виде информации, но более эффективным будет вовлечение их в обсуждение путем решения ситуационных задач, проблем, заданий. А также, по определенным темам можно проводить Кейс-стади и решать конкретные ситуационные задачи.

Таким образом, в дополнение к традиционным методам (лекции, лабораторные занятия) мы рекомендуем использовать готовый раздаточный материал с конкретной информацией, которая не вошла в лекцию или отсутствует в учебнике, использовать тестовые задания и метод Кейс стади.

РАВЕНСТВО И ДОСТУПНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Седенков А., Атамуратова Ф. С.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Равенство и доступность в области здравоохранения являются неотъемлемым социальным правом каждого человека, которое предполагает, в первую очередь обеспечение всеобщего и равного доступа к качественной медицинской

помощи; отсутствие дискриминации пациентов по возрасту, полу, расе, социальному статусу, месту проживания и др.; первоочередную заботу о наиболее уязвимых членах общества [1]. Нарушение прав человека, открытая или скрытая дискриминация при оказании медико-санитарных услуг, нарушает основные права человека, а уделение им недостаточного внимания может иметь существенные последствия с точки зрения здоровья как для отдельного человека, так и для всего общества.

Цель нашего исследования: раскрыть особенности проводимой в Республике Узбекистан государственной политики в сфере здравоохранения; определить степень осведомленности населения Узбекистана и его оценке отношения к частной медицине и обязательному медицинскому страхованию.

Методы. В исследовании были использованы методы, такие как: анализ, синтез, системный подход, социологический опрос, обобщение. Опрос был проведен в социальных сетях «Telegram», «Вконтакте», «Facebook», где участвовали 200 человек разного пола и возраста.

Результаты. Мы обратились к респондентам с несколькими вопросами и получили следующие ответы. 1. «Что означает, по вашему мнению, равенство и доступность в области здравоохранения? 52% ответили, что это - обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи; 29% отсутствие дискриминации пациентов по возрасту, полу, расе и социальному статусу; 15% первоочередная забота о наиболее уязвимых членах общества; 4% возможность граждан отстаивать и защищать свои права на охрану здоровья и медицинскую помощь. 2. «Кто, по вашему мнению, должен обеспечить людям равный доступ к качественной медицинской помощи?». На этот вопрос 75% из опрошенных твердо ответили, государство; 8% система здравоохранения; 6% врачи; 7% люди сами ответственны за свое здоровье; и лишь 4% ответили, что никогда об этом не задумывались. 3. «Как вы считаете, нужен ли для общества частный сектор в здравоохранении?» 48% из опрошенных ответили - нужен; 43% - не нужен; 9% - не знают. 4. «Какой тип медицинских услуг вас устраивает?» 30% респондентов ответили, государственный (он более надежный); 35% частный (там современное оборудование и профессиональный медперсонал); 32% зависит от серьезности заболевания; лишь 3% не смог ответить на вопрос. 5. «Как вы считаете медицинское страхование должно быть обязательным или добровольным?», лишь 25% респондентов ответили, что медицинское страхование должно быть обязательным; 45% добровольным; 18% оказались вообще против медицинского страхования; и 12% затруднились ответить на этот вопрос. 6. «Насколько вы осведомлены об услугах страховых компаний и получения медицинского полиса?» 78% не имеют никакого представления об этом; 15% имеют представление; и лишь 7% имеют полное представление. 7. «Пользовались ли вы услугами медицинской страховой компании?» 93% ответили, что никогда не пользовались; 7% ответили, что пользовались. 8. «Считаете ли вы медицинское страхование обязательным для современного общества Узбекистана?» 68% ответили, что они вообще против медицинского страхования; 24% считают его обязательным; 8% относятся нейтрально к этому вопросу. 9. «Какой по вашему мнению аспект, наиболее важный, из всех обязательных, которые должна включать базовая программа медицинского страхования?» 43% ответили, что у человека должен быть личный выбор медицинской организации; 26% полагаются на выбор врача; а 31% считают, что страховая компания должна предоставить наилучший выбор для клиента индивидуально. 10. «Знаете ли вы, что с 1 января 2021 года начнут поэтапно внедрять обязательное медицинское страхование в Республики Узбекистан?» 44% из опрошенных ответили, что слышали об этом; и 56% ничего не знают.

Выводы. Опрос выявил следующее: 1) население считает, что неотъемлемой частью социальной справедливости является право человека на равенство и доступность в области здравоохранения; 2) население понимает, что государство ответственно за здоровье людей и ожидает решения данной проблемы; 3) государство совершенствует обеспечение равенства и доступности в области здравоохранения принятием законов, а также путем проведения реформ в Республике; 4) население проецирует частный сектор в здравоохранении как возможность получения квалифицированной медицинской помощи; 5) население не имеет полную информацию о медицинском страховании и считает его не обязательным; 6) большинство людей в нашей Республике не осведомлено о поэтапном внедрении обязательного медицинского страхования с 1 января 2021 года.

Надо отметить, что, осознавая свою ответственность, практически, каждое государство гарантирует социальное право человека, старается обеспечить равный доступ к качественной медицинской помощи для своего населения. К примеру, Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» [2] от 7 декабря 2018 года была утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы. В целях обеспечения равного доступа к медицинскому обслуживанию и финансовой защите населения, а также справедливого распределения ресурсов, одной из стратегических целей концепции является проведение реформы в системе финансирования здравоохранения. 1 апреля 2017 года №ПП-2863 было принято постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» [3]. Согласно постановлению, разрешенные для частного сектора виды медицинской деятельности от 50 увеличились до 126. Со стороны государства частным клиникам предоставлен ряд финансовых льгот. Кроме того, сокращен срок принятия решения о выдаче лицензии с 30 дней до 20 дней, уменьшен размер государственной пошлины за выдачу лицензии с десятикратного до пятикратного размера минимальной заработной платы.

Не смотря на проводимые реформы как у нас в государстве, а также в других государствах мира, не вызывает сомнения, что данный вопрос остается большой проблемой.

Литература

1. Ролз Д. Теория справедливости. Новосибирск, 1995. С. 535.
2. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» // <https://lex.uz>
3. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» // <https://lex.uz>

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б.

PhD докторант Ташкентской медицинской академии

Введение. Обменная нефропатия составляет от 27% до 64% в структур заболеваемости мочевыделительной системы у детей, а в повседневной практике врача общей практики синдром обменных нарушений в моче отмечается практически у каждого третьего больного.

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

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 200 детей в возрасте от 3 до 14 лет, проживающих в Хорезмской области. Исследование проводилось с 2017 по 2019 годы. Проводили исследование общего анализа мочи, УЗИ почек и биохимический анализ крови.

Результаты. Нами была разработана диета с учетом региональных особенностей питания детей. Дети в зависимости от диетотерапии были разделены на две группы: первая группа – дети, которые не получали диетотерапию (n=50); вторая группа – дети, которым была назначена специальная диетотерапия (n=150). Из рациона детей с оксалатной нефропатией были исключены продукты, содержащие щавелевую кислоту: шпинат, бобовые, цитрусовые, шоколад, газированные напитки, кислые сорта яблок, сливы. Каждодневный рацион детей включали такие продукты, как молочно-кислые, печень, картофель, капуста. Для каждого ребенка был составлен недельный рацион, который включал продукты с меньшим количеством оксалатов. Помимо рациональной диеты в лечении оксалатных нефропатий уделяли большое внимание правильному питьевому режиму. Мы рекомендовали употреблять до 1,5 л жидкости в зависимости от возраста ребенка. До лечения у всех детей определяли оксалаты в моче 4 и более плюсов. У большинства детей (58%) в анализе мочи было соли оксалатов в большом количестве. После специальной диетотерапии уровень оксалатов в моче составил $0,4 \pm 0,2$. У детей, которые находились на обычном питании уровень оксалатов составил $2,5 \pm 0,3$. СКФ у детей основной группы до лечения составил в среднем.

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

ФАРМАЦЕВТИКА САНОАТИ СОҶАСИДА ҚОНУНЧИЛИК

Ташпулатова М.Н., Искандарова Г.Т.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикасида иқтисодиётни ривожлантиришга, янги замонавий технологияларни жорий этишга, иқтисодиётнинг турли соҳаларини техник жиҳатдан қайта жиҳозлашга катта эътибор қаратилмоқда, бу ишларни амалга оширилиши эса мамлакатда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг асосини ташкил этувчи қонунчилик ҳужжатларида ўз аксини топган. Шуни таъкидлаш жоизки, биргина фармацевтика саноатида сўнги йилларда улкан ижобий натижаларга эришилди.

Президентимизнинг 2017 йил 3-майдаги 5032-сонли фармонларига асосан “Нукус-фарм”, “Зомин-фарм”, “Косонсой-фарм”, “Сирдарё-фарм”, “Бойсун-фарм”, “Бўстонлиқ-фарм” ва “Паркент-фарм” эркин иқтисодий зоналари ташкил этилиб, бешта лойиҳа амалга оширилмоқда.

Давлатимиз раҳбарининг 2017 йил 7-ноябрдаги «Фармацевтика тармоғини бошқариш тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» фармонида мувофиқ соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузурида Фармацевтика тармоғини ривожлантириш агентлиги ташкил этилди.

2018 йил 14-февралдаги ПҚ-3532 сонли фармацевтика тармоғини жадал ривожлантириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёевнинг қарори эълон қилиниб, фармацевтика тармоғини жадал ривожлантириш учун қулай шарт-шароитларни таъминлаш бўйича йўл харитаси ишлаб чиқилди.

2019 йил 30-декабрдаги ПҚ-4554 сонли Ўзбекистон Республикаси фармацевтика тармоғида ислохотларни чуқурлаштиришга доир қўшимча чора тадбирлар тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг қарори бу соҳа ривожини улкан имкониятлар эшигини очиб берди. Қарорда 2020-2024 йилларда Ўзбекистон Республикасининг фармацевтика тармоғини ривожлантириш концепцияси келтирилган бўлиб, унда соҳани ривожлантиришга оид аниқ вазибалар кўрсатилган. Сўнги вақтларда давлатимиз раҳбари томонидан тиббий хизматлар кўлами ва сифатини оширишга қаратилган 30 га яқин фармон ва қарорлар қабул қилинди.

Ҳозирги вақтга келиб республикада 100 дан ортиқ фармацевтика корхоналари фаолият юритиб, бир неча хил турдаги табиий ва синтетик маҳсулотлар ишлаб чиқарилмоқда. Лекин аксарият дори ишлаб чиқариш корхоналарида замонавий технологиялар қўлланилинмайди, бу эса ўз ўрнида соҳанинг ривожланишида айрим муаммолар туғилишига олиб келиб, ишлаб чиқариш жараёнининг ўзига хос хусусиятлари ишчиларга салбий таъсир кўрсатадиган омилларнинг шаклланишига шароит яратади.

Хулоса қилиб айтганда, фармацевтика корхоналарида ишлаб чиқариш жараёнининг зарарли ва хавfli омиллар билан мулоқатда бўладиган кўплаб ишчи гуруҳларининг мавжудлиги, ишлаб чиқаришда чарчашни олдини олишга, касбий ва касбга доир касалликлар хавфини камайтиришга йўналтирилган илмий асосланган тавсияларни ишлаб чиқишни, ҳамда профилактик тадбирлар тизимини яратиш талаб қилинади.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ЗА СВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ

Тихомирова Г.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является распространенной патологией среди сердечно-сосудистых заболеваний, не имеющей тенденции к снижению, несмотря на активные действия медицинских работников. В ходе исследования группы пациентов с АГ нами изучалась медицинская, социально-гигиеническая и психологическая характеристика пациентов, образ жизни, как важной составляющей в снижении уровня факторов риска посредством пропаганды здорового образа жизни и снижения заболеваемости и смертности без существенных затрат на медицинское обслуживание является отношение к своему здоровью. Комплексная оценка состояния здоровья пациентов основной группы (135

больных) проводилась на основании важных критериев таких, как возраст, при котором произошел первый подъем АД, продолжительность заболевания, кратность заболеваний в году, наличие тяжелых осложнений (ИМ или инсульта), наличие хронических заболеваний. В зависимости от значения перечисленных выше оценочных критериев все обследованные были разделены на группы здоровья. В группу с плохим состоянием здоровья (группа III) были включены больные АГ, средний возраст которых при появлении первых признаков заболевания составил у мужчин 38,4±11,3 года, у женщин – 35,6±12,4 соответственно; средняя продолжительность заболевания составила у мужчин 12,5±3,6 лет, у женщин – 17,4±6,4 соответственно, с кратностью 10 и более случаев заболевания в год и их длительностью более 40 дней в одинаковой мере, как у мужчин, так и у женщин; имели в анамнезе перенесенные ИМ 3,1% мужчин и 2,5% женщин, 6,1% мужчин и 4,8% женщин – перенесли инсульт. Удельный вес основной группы больных с плохим состоянием здоровья составил 48,4%. В эту же группу вошли пациенты, у которых два из перечисленных признаков имели позитивное значение. В группу с хорошим состоянием здоровья (группа I) вошли пациенты, у которых все перечисленные оценочные критерии имели позитивное значение (средний возраст при появлении первых эпизодов заболевания составил 46,6±9,6 лет у мужчин и 48,1±7,5 – у женщин; средняя продолжительность заболевания в 2 раза меньше у мужчин и в 1,8 раза – у женщин; кратность заболевания – 3-4 раза в год, как у мужчин, так и у женщин, с продолжительностью заболевания менее 40 дней; среди перенесенных осложнений АГ отмечено 1,2%; 0,7%; и 2,4%; 1,1% соответственно), или один из названных оценочных критериев был неудовлетворительным. Удельный вес данной группы пациентов составил 22,4%. Все остальные пациенты вошли во II группу (29,2%) с удовлетворительными показателями здоровья. Сравнительный анализ заболеваемости среди лиц с плохим здоровьем (III группы) выявил его высокий уровень по сравнению с I группой, где состояние здоровья отмечено хорошим (849,6‰ и 598,7‰, $p < 0,05$). Выявлено наличие высокого уровня заболеваемости по всем классам болезней в группе с плохим здоровьем. Таким образом, пациенты, ответственные за свое будущее здоровье и ведущие здоровый образ жизни мало привержены к заболеваниям АГ и ее осложнениям.

ЗАЧЕМ ВРАЧУ ФИЛОСОФИЯ!

Хабибова Ф., Атамуратова Ф. С.

Ташкентская медицинская академия

Введение. В современном мире медицина становится одной из лидирующих областей научно-практической деятельности человека, так как социально-экономическое развитие страны напрямую связано с развитием в ней системы здравоохранения, основой которого является современная медицина. Медицина, в первую очередь, направлена на восстановление, укрепление и сохранение здоровья человека, и чтобы достичь поставленной цели, она как никакая другая дисциплина, нуждается в понимании процессов и явлений в их целостности. Без опоры на философские знания трудно из множества разрозненных фактов создать единую теоретическую базу медицины. Врач сможет действовать наиболее рационально и эффективно только тогда, когда будет опираться не только на частные знания, но и на знание общих закономерностей функционирования организма, рассматривая человека как сложную биосоциодуховную систему.

Цель нашего исследования заключается в выявлении представления будущих врачей о взаимосвязи медицины с философией, а также разъяснении необходимости новых подходов в изучении философии в медицинском образовании.

Методы. В исследовании были использованы методы, такие как: системный подход, анализ, синтез, анкетирование, обобщение, социологический опрос. Социологический опрос был проведен путем анкетирования среди трёх категорий респондентов: студенты 2 курса (изучившие Философию), магистры и практикующие врачи.

Результаты. К респондентам мы обратились с вопросами и получили следующие ответы: 1. «Что означает понятие философии?» - 80% врачей, 60% магистров и 70% студентов согласились, что «Философия – это любовь к мудрости, бескорыстное, чистое стремление к истине»; 20% врачей, 18% магистров и 30% студентов ответили, что «Философия – это понимание всего сущего как единого и внедрением этого понятия в художественный образ и моральное действие»; 18% магистров ответили, что «Философия – это знание мира, пропущенное через душу человека»; 4% магистров затруднились с ответом. 2. На вопрос «Что, по вашему мнению, означает понятие «медицина»?», 55% врачей, 60% магистров и 75% студентов ответили, что «Медицина представляет собой необходимую систему человеческого жизнеобеспечения»; 45% врачей, 34% магистров и 20% студентов ответили, что «Медицина – это не только умение фактического врачевания, но и интеграционная наука, и кроме теоретическая, а оставшиеся 6% магистров отметили, что «Медицина – это гуманитарная наука, представляющая из себя комплекс естественных наук»; 5% студентов затруднились ответить. 3. На вопрос, «Чем, по вашему мнению, врач, имеющий философское мышление превосходит обычного врача?», респонденты ответили следующим образом: 70% врачей, 30% магистров и 60% студентов считают, «Объективностью и всесторонностью исследований и лечения, единством количественного и качественного анализа»; 30% врачей, 42% магистров и 26% студентов «Изучением явлений и процессов в течении заболевания, раскрытия противоречий в самой сущности медицинской деонтологии»; 28% магистров и 10% студентов ответили, что «Правильной оценкой противоречивых патологических процессов в организме»; 4% студентов затруднились ответить. 4. На вопрос: «Как, по вашему мнению, философское мышление врача влияет на правильную постановку диагноза?» 70% магистров, 60% студентов и абсолютно все врачи ответили, что «Постановка диагноза - это научно-практическая и философски осмысленная деятельность» и лишь 30% магистров и 40% студентов было сказано, что «Философское мышление врача не влияет на правильную постановку диагноза». 5. Когда мы обратились с вопросом: «Уместно ли, по вашему мнению, наличие философских и гуманитарных дисциплин в медицинском ВУЗе?», 90% врачей, 75% магистров и 45% студентов ответили «Да», уточнив свой ответ тем, что «Они развивают мировоззренческие взгляды, творческий потенциал в целостной системе материальной и духовной культуры медиков», и лишь 10% врачей, но 25% магистров и 55% студентов заявили, что «В их наличии нет необходимости». 6. На вопрос «Взаимосвязаны ли, по вашему мнению, медицина и философия?» 100% врачей, 96% магистров и 60% студентов ответили положительно, объяснив свой ответ тем, что «Их связывает общий энтузиазм, касающийся сохранения и укрепления здоровья людей, у них один предмет для изучения - человек»; 4% магистров и 40% студентов ответили отрицательно, что «Взаимосвязи между ними нету».

Выводы. На основе изученной литературы и проведенного социологического опроса можно сказать, что во-первых, медицина имеет тесную взаимосвязь с философией, так как а) знание философии способствует формированию медицинского мировоззрения, позволяя осуществлять комплексный подход к пациенту в процессе лечения и профилактики заболевания; б) философия помогает в точной постановке диагноза и назначения лечения, развивая клиническое, и в связи с ним философское мышление; в) современная философия выступает в качестве методологического фундамента медицинского знания, что призвано объединить разрозненные частные исследования и системно применить их к изучению качественно своеобразной живой системы – человека. Во-вторых, современное медицинское образование обязательно должно включать философско-методологическую подготовку врача, ибо любая сфера медицинской деятельности требует гуманистического подхода к человеку, признающая человека высшей ценностью, фундаментом которой являются любовь, сострадание, сочувствие, терпение, моральная поддержка, уважение достоинства, конфиденциальность, и т.д. Поэтому, как сказал мыслитель эпохи Нового времени Ф. Бэкон «медицина, не основанная на философии, не может быть надежной».

СОСТОЯНИЕ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМОВ-ИНТЕРНАТОВ ДЛЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ «МУРУВВАТ» В УЗБЕКИСТАНЕ

Эрматова А.К., Азизова Ф.Л.

Ташкентская медицинская академия

Совершенствование и координация медико-социальных услуг, оказываемых престарелым, лицам с инвалидностью и другим социально уязвимым категориям населения является одной из актуальных задач сегодняшнего дня.

За прошедший период в стране созданы организационно-правовые основы по оказанию медико-социальных услуг, приняты соответствующие государственные и отраслевые программы. В частности, Закон «О социальных услугах для престарелых, инвалидов и других социально уязвимых категорий населения», который определяет общие требования и основные принципы в данном направлении.

В целях формирования единой политики по оказанию медико-социальной помощи при Министерстве здравоохранения создано Агентство медико-социальных услуг.

В системе Агентства медико-социальных услуг при Министерстве здравоохранения функционируют 33 дома-интерната. Из них 7 домов-интернатов «Саховат» для одиноких престарелых граждан и 20 домов-интернатов «Мурувват» для лиц с инвалидностью, имеющих выраженные или значительно выраженные психические нарушения в возрасте от 18 лет, а также 6 детских домов-интернатов «Мурувват» для детей до 18 лет с инвалидностью, имеющих выраженные или значительно выраженные психические нарушения.

В этих домах-интернатах проживают свыше 8,5 тыс. человек, которые находятся на полном государственном обеспечении.

Дома-интернаты «Мурувват» являются государственными медико-социальными учреждениями для постоянно проживающих в Республике Узбекистан лиц с инвалидностью I и II групп в возрасте от 18 лет, имеющих выраженные или значительно выраженные психические нарушения.

Контроль за качеством медицинского обслуживания опекаемых, проживающих в домах-интернатах «Мурувват», соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов и оказанием специализированной медицинской помощи осуществляют органы здравоохранения

Для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии в домах-интернатах «Мурувват» создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские, если они расположены в сельской местности - подсобные хозяйства с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом.

Цель исследования: комплексное изучение деятельности домов-интернатов «Мурувват» и разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию их деятельности.

Методы исследования: Исходя из целей и задач по изучению деятельности домов интернатов использованы статистические, социологические и сравнительные методы исследования.

В целях проведения комплексного исследования деятельности домов интернатов «Мурувват», а также качества оказываемых медико-социальных услуг опекаемым, составлена комплексная программа и план научного исследования.

Цели и задачи настоящего исследования определили выбор методических приемов, с помощью которых изучена деятельность домов-интернатов «Мурувват», удовлетворенность опекаемых и поставщиков медико социальных услуг в условиях домов- интернатов.

В качестве материалов исследования использованы законодательные и правовые акты Республики Узбекистан, регламентирующие объем и характер работы домов- интернатов «Мурувват»

Основным документом явилось постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 23 августа 2011 года № 240 «Об утверждении Положений о медико-социальных учреждениях Министерства здравоохранения Республики Узбекистан».

Результаты исследования: было охвачено 20 домов-интернатов «Мурувват» для лиц с инвалидностью, имеющих выраженные или значительно выраженные психические нарушения в возрасте от 18 лет.

Медицинская помощь опекаемым обеспечивается штатными медицинскими работниками домов-интернатов «Мурувват», а в случае необходимости соответствующими учреждениями здравоохранения.

Показатели укомплектованности штатов в домах-интернатах «Мурувват» следующие:

в 20 домах- интернатах штатным расписанием предусмотрено всего 3711 единиц, из них 193 единицы составляют врачи, 716 единиц - медсестры, 1669 единиц - воспитатели и 1229 единиц – это младший обслуживающий медицинский персонал.

Согласно штатному расписанию из 193 врачей - 22 единицы составляют терапевты, 54 единицы - психиатры и 117 единиц - по другим специальностям.

Фактически работают 158 врачей, из них 39% имеют категорию, 61% не имеют категорию.

В настоящее время в 20 домах-интернатах «Мурувват» проживают 5856 опекаемых, из них 2705 женщины, 3151 мужчина.

Анализ показал, что из числа опекаемых 47% составляют инвалиды от общего заболевания, 51% - инвалиды с детства.

По нуждаемости: 16,6 % - это инвалиды, нуждающиеся в постороннем уходе, 7 % инвалидов нуждаются в вспомогательных средствах, 76 % не нуждаются в постороннем уходе.

Опекаемые домов-интернатов «Мурувват» обладают следующими правами:

- гуманное, не унижающее честь и человеческое достоинство, обращение;
- поддержание связей с дальними родственниками, знакомыми и друзьями путем телефонных переговоров, общения через иные средства связи и свиданий, получение посылок, бандеролей, передач, писем и телеграмм;
- получение бесплатного питания, одежды, обуви и других предметов вещевого довольствия, а также обеспечение мягким инвентарем по утвержденным нормам.

Основными задачами домов-интернатов «Мурувват» являются:

- содержание, социальное обслуживание, оздоровление и поддержка опекаемых, создание условий, способствующих получению ими качественной медико-социальной помощи, обеспечение социально-правовой защиты законных прав и интересов опекаемых, обеспечение охраны их здоровья;
- оказание первой медицинской помощи, проведение диспансеризации 2 раза в год с привлечением высококвалифицированных специалистов системы здравоохранения, плановое оздоровление, при нуждаемости лечение их в специализированных стационарах, по медицинским показаниям обеспечение опекаемых протезно-ортопедическими изделиями, техническими средствами реабилитации (слуховыми аппаратами, инвалидными колясками, тростями и костылями);
- проведение санитарно-противоэпидемических и культурно-просветительских мероприятий, направленных на повышение трудотерапии, совершенствование социального обслуживания опекаемых.

Практические рекомендации:

- внедрение инновационных методов медико-социальной реабилитации лиц с инвалидностью и престарелых граждан, дальнейшее развитие домов-интернатов для престарелых и лиц с инвалидностью «Мурувват» и «Саховат», расширение предоставляемых услуг, усиление социального партнерства между медико-социальными учреждениями и бизнес-сообществом.
- внесение на рассмотрение в соответствующие государственные органы предложения по реализации отдельных вопросов в целях укрепления материально-технической базы, совершенствования медико-социального обслуживания, обеспечения квалифицированными кадрами и по другим вопросам деятельности домов-интернатов «Мурувват»;
- разработка, исходя из существующих нужд в республике, системы по подготовке в высших медицинских учебных заведениях медико-социальных работников.

Руководители домов-интернатов «Мурувват» в настоящее время работают над конкретными планами по внедрению изученных инноваций в практику работы своих учреждений и совершенствованию медико-социального обслуживания лиц с инвалидностью, направленных на улучшение качества жизни опекаемых, повышение эффективности их реабилитации и социализации.

Генеральная прокуратура Узбекистана опубликовала проект указа Президента о кардинальном совершенствовании системы государственной поддержки лиц с инвалидностью.

Подготовкой документа занималась комиссия, состоящая из генерального прокурора, омбудсмена, глав 12 министерств и государственных комитетов, Национального центра по правам человека, Национальной ассоциации ННО и Общества инвалидов, а также представителей негосударственных некоммерческих организаций и международных организаций (ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕСКО, ТИКА и JICA).

Документом предлагается замена термина «инвалид» на «лицо с инвалидностью», разработка проекта закона «О правах лиц с инвалидностью» и проработка вопроса ратификации Узбекистаном Конвенции ООН о правах инвалидов. 3 декабря (Международный день инвалидов) предлагается объявить Днем поддержки лиц с инвалидностью. Намечено создание Фонда поддержки лиц с инвалидностью.

Совершенствование системы поддержки лиц с инвалидностью предлагается сфокусировать на следующих основных направлениях:

- недопущение дискриминации по признаку инвалидности, обеспечение равных условий для реализации прав, свобод и законных интересов лиц с инвалидностью и неотвратимости ответственности за их нарушение;
- имплементация в национальное законодательство общепризнанных международных норм и стандартов в области обеспечения прав лиц с инвалидностью;
- внедрение прозрачных, современных методов и критериев врачебно-трудовой экспертизы и установления инвалидности, повышение уровня и качества медико-социальной помощи лицам с инвалидностью, в том числе путем расширения доступа к высокотехнологичной специализированной медицинской помощи с применением современных методов диагностики и лечения;
- создание эффективных механизмов своевременного учета лиц с инвалидностью, а также внедрение единой комплексной системы их сопровождения и поддержки с момента проявления признаков инвалидности, в том числе с использованием современных информационно-коммуникационных технологий, позволяющих осуществлять действенный мониторинг социального положения лиц с инвалидностью и своевременно оказывать необходимую медико-социальную помощь;
- повышение уровня и качества медицинской помощи, эффективности скрининговых обследований по раннему выявлению заболеваний и расширению профилактических мероприятий, предусматривающих также раннее выявление и предупреждение причин и условий роста врожденных аномалий и наследственных заболеваний;
- усиление адресной социальной защиты лиц с инвалидностью, расширение оказываемой им материальной помощи, направленной на улучшение жилищно-бытовых и других условий их проживания, повышение обеспеченности лиц с инвалидностью качественными вспомогательными и техническими средствами реабилитации, реализация мер по их медико-социальной реабилитации;
- создание необходимых условий для усиления взаимосвязи лиц с инвалидностью с семьей, обществом и государством, их пребывания в благоприятной среде, беспрепятственного доступа к пассажирскому транспорту, объектам социальной и другой инфраструктуры;

- совершенствование системы образования и трудоустройства лиц с инвалидностью, обеспечивающей их вовлечение и активное участие в социально-экономической жизни общества;
- обеспечение открытости и прозрачности деятельности уполномоченных государственных органов, упрощение прохождения процедур в сфере установления инвалидности и оказания медико-социальной помощи, развитие государственно-частного и социального партнерства в сфере оказания медико-социальных услуг и социальной реабилитации лиц с инвалидностью;
- укрепление материально-технической базы медико-социальных учреждений, развитие системы оказания медико-социальной помощи в домах-интернатах «Мурувват» и «Саховат», направленных на улучшение качества жизни опекаемых, повышение эффективности их реабилитации и социализации;
- модернизация предприятий по производству протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации, в том числе с привлечением иностранных инвестиций, внедрение современных стандартов их изготовления;
- совершенствование системы подготовки высококвалифицированных специалистов на основе передовых достижений современной медицины, стандартов качества диагностики и лечения основных заболеваний, улучшение мер реабилитационного и оздоровительного характера, пропаганды культуры ведения здорового и активного образа жизни;
- активизацию научных исследований в сфере государственной поддержки лиц с инвалидностью, в том числе направленных на применение эффективных критериев установления инвалидности.

Документ содержит Программу комплексных мер по дальнейшему совершенствованию системы поддержки лиц с инвалидностью и усилению гарантий защиты их прав и свобод.

С 1 января 2018 года планируется ввести электронный порядок взаимодействия между гражданами и уполномоченным органом по вопросу назначения инвалидности.

Кроме того, с 1 марта следующего года ожидается внедрение единого электронного реестра лиц с инвалидностью, включающего комплексную информацию о данных лицах, назначенных размерах и видах денежных выплат, выданных технических средств реабилитации и протезно-ортопедических изделий, лекарственных средств, представленных социальных услугах и льготах.

Согласно проекту, с 1 января 2018 года будет запрещено приобретение государственными перевозчиками пассажирских транспортных средств, не приспособленных для лиц с инвалидностью. Производство автомобилей, приспособленных для лиц с инвалидностью. Кроме того, намечено начать производство автомобилей, приспособленных для лиц с инвалидностью.

Планируется до 1 января критически пересмотреть деятельность врачебно-консультативных комиссий и врачебно-трудовых экспертных комиссий и внести предложения, направленные на:

- создание единой и всеохватывающей системы определения инвалидности и установление органа, ответственного за координацию оказываемых лицам с инвалидностью услуг с полноценным и комплексным их сопровождением с момента проявления признаков инвалидности;

- внедрение в систему определения инвалидности механизма поддержки заявителя до установления его инвалидности, исключив при этом бремя доказывания им наличия данного факта;

- создание системы инспектирования и проверки соответствия инвалидности лиц, оформивших соответствующие документы;

- введение порядка, предусматривающего возложение на органы здравоохранения обязанности по выявлению лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи, и оказанию им помощи в оформлении необходимых документов;

- обеспечение прозрачности и доступности, упрощение порядка и сокращение сроков прохождения необходимых процедур с исключением коррупциогенных факторов;

- совершенствование порядка установления инвалидности и ее сроков, в том числе предусматривающего механизмы оформления документов с обязательным обоснованием и разъяснением содержащихся в них значимых фактов;

- отражение в медицинских заключениях информации, необходимой для жизнедеятельности лиц с инвалидностью;

- пересмотр сроков действия медицинских заключений с учетом лиц, имеющих невосстанавливаемые нарушения здоровья, психических и физических недостатков, в том числе путем введения порядка одноразового предоставления медицинского заключения при подтверждении бессрочной инвалидности для бесплатного получения технических средств реабилитации и протезно-ортопедических изделий;

- конкретизацию и расширение возможности подачи документов на назначение инвалидности без прохождения специального лечения для отдельных категорий лиц с инвалидностью, в том числе предусматривающих отмену обязательного нахождения на стационарном лечении для категорий инвалидности, которые можно выявить без проведения медицинского обследования.

До 1 февраля 2018 года ожидается пересмотр критериев присвоения инвалидности и порядка выплаты пенсий по инвалидности с учетом:

- необходимости перехода на международные стандарты определения инвалидности, обеспечения содействия социальной интеграции лиц с инвалидностью;

- расширения возможности выхода на пенсию и получения пособий лицами, ухаживающими за отдельными категориями лиц с инвалидностью, в том числе с тяжелыми психическими расстройствами, а также льготного выхода на пенсию для отдельных категорий лиц с инвалидностью.

До 1 марта 2018 года ответственные ведомства должны внести предложения по введению в высших образовательных учреждениях квоты для поступления лиц с инвалидностью на льготных условиях, а также совершенствованию порядка их поступления и оплаты контракта.

Программа комплексных мер по совершенствованию системы поддержки лиц с инвалидностью и усилению гарантий защиты их прав и свобод доступна для ознакомления на сайте Генеральной прокуратуры.

В Узбекистане будет создано Агентство медико-социальных услуг при Министерстве здравоохранения. Это, как передает «УзА», предусматривает указ президента Шавката Мирзиёева, подписанный 7 декабря.

Задача этой структуры — «формирование и реализация единой политики медико-социальной помощи, направленной на дальнейшее совершенствование и координацию медико-социальных услуг, оказываемых престарелым, лицам с инвалидностью и другим социально уязвимым категориям населения».

СОДЕРЖАНИЕ
Секция медицинской профилактики

СУВНИ РАДИОЛОГИК САНИТАРИЯ ВА РАДИОЛОГИК ЖИҲАТДАН ХАВФСИЗЛИГИ Абдусаттаров Ф.Ф., Тошматова Г.О.....	4
САЛЬМОНЕЛЛЁЗЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Алимов С.М., Саидкасимова Н.С.	4
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Алматова У.А., Бобаева И.У., Неъматова Н.Ў.....	5
ЦЕМЕНТ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ЖАРАЁНИДАГИ ЗАРАРЛИ ОМИЛЛАРНИНГ ИШЛОВЧИЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ Астанакулов Д.Й., Эркинжон З.И.....	6
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Ахмадалиева Н.О.....	7
ФАРҶОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ АСОСИЙ ОЗИҚ-ОВҚАТ МАҲСУЛОТАЛАРИ ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ Ахмадходжаева М.М., Хақберидиев Х.Р.....	7
ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ҲОСИЛ БЎЛАДИГАН ЧИҚИНДИЛАРНИ ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ ТАРТИБИ Ахмедова М.Н., Мустанов А.Ю.....	7
МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ДАРСЛАРНИ ЎЗЛАШТИРИШДАГИ ЎРНИ ВА САЛОМАТЛИКДАГИ АҲАМИЯТИ Бўтаева С.Б., Рўзиназаров Б.А., Мирсағатова М.Р.....	8
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИММУНОПРОФИЛЬ УРОТЕЛИАЛЬНЫХ КАРЦИНОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ Гаубов Ж.А., Турсунов Х.З.	9
НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ Ганиева Н.Х., Гиясов З.А.	11
СИНТЕТИК ЮВИШ ВОСИТАЛАРИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ОРХОНАСИДА КИМЁВИЙ ОМИЛЛАРГА ГИГИЕНИК ТАВСИФ Жўрамуродова Л.М., Курбанова Ш.И.	11
A COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF BOTULISM Karomov M.N., Maqsudova Z.S., Buribaeva B.I.	12
БАДАНТАРБИЯ, ПАРҶЕЗ, САУНА-СОҒЛОМ ҲАЁТНИНГ УЧ ОМИЛИ Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.	12
ЙИРИК ШАҲАРЛАР ТУРАР ЖОЙ МИНТАҚАСИ ҲУДУДИДА ИНСОЛЯЦИЯНИНГ РУҲИЙ ГИГИЕНИК АҲАМИЯТИ Қобилова М.А., Хошимова Н.Р., Юсупхўжаева А.М.	13
СОДЕРЖАНИЕ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА В РАЦИОНЕ СТУДЕНТОВ КГМУ Латышко О.В.	14
SIZNING BO'YANISH SUMKANGIZDA QANDAY BAKTERIYALAR YASHIRINGAN Muhammadjanova M.A., Jumamurodov S.T.	14
БОТУЛИЗМ БИЛАН ХАСТАЛАНИШ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ Максудова З.С., Назиров Ш.А., Эшбеков Ш.Т.	15

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АЛИМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Маливская Л.П, Азизова Ф.Л.	15
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УТОПЛЕНИЙ В ВОДОЕМАХ Г.ДУШАНБЕ Назиров С., Бахриев И.И.	15
ДОКЛИНИЧЕСКОЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОАКТИВНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗ Ниязова З.А, Рахманов А.Х., Хегай Л.Н.	16
СОЯ УНИ БИЛАН БОЙИТИЛГАН НОН МАҲСУЛОТЛАРИНИ ОЗУҚАВИЙ ҚИЙМАТИГА БАҲО БЕРИШ Отажонов И.О.....	16
MANAGING DISTANT TEACHING OF “HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY” SUBJECT IN NOWADAYS MEDICO-SOCIAL CONDITIONS Popova I.S.....	17
БИОЭТИКА В УЗБЕКИСТАНЕ Раимкулова Д., Запевалова А., Турсунбаева Д., Саидалиходжаева С.З.....	17
ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШДА ВЕТЕРЕНИРИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ Расулов Ш.М., Матназарова Г.С.....	18
СПОРТЧИЛАР ОВҚАТЛАНИШИ ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ Рўзиназаров Б.А., Марданов Ш.А., Тошматова Г.О.....	18
САЛЬМОНЕЛЛЁЗЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Саидкасимова Н.С., Миртазаев О.М.....	19
ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ Тажиева З. Б.	19
БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ Тиллаева Ш.О., Мирзаахмедова М., Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И.....	20
ГЕМОКОНТАКТ ЙЎЛИ БИЛАН ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Турғунова З.Т., Рахмонов Э.Ж., Тошбоев Б.Ю.	21
ИЧИМЛИК СУВИНИ СИФАТИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ Урманова Л.Ж., Шерқўзиева Г.Ф.	21
ТАЛАБА-ЁШЛАРНИНГ ЧЕКИШ ВА ТАМАКИ МАҲСУЛОТЛАРИГА БЎЛГАН МУНОСАБАТИ Ҳакимова Д.С., Саломова Ф.И.	22
СУРИНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ДИЯЛИЗ ТЕРАПИЯ ОЛАЁТГАН ВА ОЛМАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ МАҲАЛИЙ ИММУНИТЕТ ҲОЛАТИ Хужамбердиева С.А., Сатторов Б.Б., Юлдошева Н.Ф. Алиев Ш. Р.	22
ПОСТАСФИКТИК ҲОЛАТЛАРДА СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗА МАСАЛАЛАРИ Ҳакимов С.А., Ғиёсов З.А.	23
ПРЕЭКЛАМПСИЯ ҲАҚИДА УМУМИЙ ТУШУНЧАЛАР, ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ, ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ЛИМФОИД АЪЗОЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ Шукуров У.Э., Исроилов Р.И.	24

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ УЛАРНИ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ Эшмаматов Р., Носирова А.Р.	26
--	----

Терапевтическая секция

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Абдалимова У.К., Шоалимова З.М.	28
VALUE OF MOLECULAR GENETIC METHODS OF STUDY DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS PLEURITIS Abdugapparov F.B., Mamatov L.B., Mirzabaev S.I., Khalim-zoda L.M., Matlabov G.S.....	28
THE RELATIONSHIP OF PLATELET PROFILE`S INDICATORS WITH PSYCHOLOGICAL AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE Abdumalikova F. B., Zohidov J. M., Nurillaeva N.M.	29
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КЕРОТОДЕРМИИ МЕЛЕДА Абдувахитова И. Н., Тохтаев Г. Ш., Сафаров Х. Х., Солиев Ф.	30
ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОРНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ Абдукадиров Э.И., Султанов А.Б., Матмуродов Р.Ж.	31
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С АСФИКСИЕЙ Абдуллаева М.М., Шамсиева Э.Р., Агзамходжаева Н.С.	31
ЦИТОКИНЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Абдуллаева Н.Х., Абдуазизова Н.Х.	31
THE MDR1 GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS Abdurakhmanova N.M., Buranova S.N., Lukmonov S.N., Toxirov A.	32
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Абдурахмонов А.А., Пулатова Н.И.	32
ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ ЭРАДИКАЦИОН ТЕРАПИЯСИДА ЭКОАНТИБИОТИКЛАРНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ Абдурахмонов А.А., Ахмедова Н.А., Пулатова Н.И.	33
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИТМА ЭЭГ У БОЛЬНОГО С ИНСУЛЬТОМ В ОСТРЫЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД Абдухаликова Н.Ф., Юнусова М.Р., Расулова Д.К.	33
STRUCTURE OF PREDICTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN EMERGENCY HOSPITALIZED CARDIOLOGICAL PATIENTS Agzamova Z., Kapsultanova D.A. , Zhangelova Sh.	33
ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДА КОРТИЗОЛ ГОРМОНИ МИҚДОРНИНГ ЎЗГАРИШИ ВА БУ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР РИВОЖЛАНИШИДАГИ РОЛИ Акрамова Д.Т., Рахимбаева Г.С.	34
FEATURES OF DIFFERENT VASCULAR REGIONS IN SISTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS Alieva K.K., Khuzhayev R.B., Pulatov Kh.Kh.	35
INFLUENCE OF ATHEROSCLEROSIS SEVERITY ON THE PROTECTIVE EFFECT OF ATORVASTATIN LOADING DOSE IN PATIENTS WITH RECANALIZATION OF CHRONIC CORONARY ARTERY OCCLUSIONS Aliyeva S.Z., Makhsudova M.X.	36

БУЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БУЛГАН БЕМОРЛАРДА СИМПТОМЛИ ВА СИМПТОМСИЗ ИНСУЛТ Алиева С.З., Максудова М.Х.	36
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Алиева С.З., Максудова М.Х.	37
EFFICACY OF FLUOROQUINOLONES IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH COMORBID EXACERBATION OF BACTERIAL RHINOSINUSITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE Aliqulova Kh., Pulatova N.I.	37
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ Алимарданов А.А., Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б.	37
АТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ СПИННОГО МОЗГА Арифжанов И.А., Каримов А.А., Кадыров Д.Б., Алиева М.А., Абдуллаев Б.Э.	38
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Асатуллаев Г.К., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.	39
ТЕЧЕНИЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА БОЛЬНЫХ С РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ Аскарров Н.А., Буранова С.Н., Халметова Ф.И.	40
THE RELATIONSHIP OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA AND LIPID PEROXIDATION IN THE PROGRESSION OF DIABETIC NEUROPATHY Atayeva D.R., Anvarov K.D., Azizova P.X.	40
ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ МАКРОНУТРИЕНТЛАР ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ Ахмадходжаева М. М.	41
БОЛАЛАРДАГИ РЕВМАТОИД АРТРИТДА НЕФРОПАТИЯНИНГ ИММУНПАТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Ахмедов С.А., Рахманова Л.К., Каримжанов И.А.	41
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗВИВШЕЙСЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (СПМ), ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА Ахмедова М.Д., Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю., Имамова И.А., Саидова С.Г.	42
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ Ахметчина С.Р., Назарова Б.У.	43
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ Ашрабходжаева Н.М., Исмаилова Г.А.	43
РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИЖТИМОЙИ, ҶИС-ҶАЯЖОНЛИ ВА ХУЛҚ-АТВОРИЙ КОМПЛАЕНТЛИЛИК ДАРАЖАЛАРИ. Бекенова Г.Т., Мавлянов С.И.	44
ЎТКИР ПРОМИЕЛОЦИТАР ЛЕЙКОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОРРАГИК АСОРАТЛАРНИ КЕЧИШИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ Бердиева Х.Х., Толупов Ў.У.	44

АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТРАДАЮЩИХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	
Болтаева Н.Р., Высогорцева О.Н.	45
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРЯДУ С ПРИМЕНЕНИЕМ СХЕМЫ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ СУСТАВИН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	
Буранова С.Н., Халметова Ф.И., Махкамова М.М.	46
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСВУЮЩЕЙ ПАОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	
Галиулин Т. И., Парпиева Н. Н.	47
IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN THE GASTROINTESTINAL FORM OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN	
Ganieva Sh. Sh.	47
УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
Глухова Е.И., д.м.н. А.Е. Шкляев.	48
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Гуломов Ш.Х., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.	48
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЧЕК ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ГЕМОКОЛИТОМ	
Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю., Имамова И.А., Саидова С.Г., Каромов М.Н.	50
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНЫМИ И НЕКОРОНАРННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ЭКСТРАСИСТОЛАМИ	
Гуменюк А.Л., Тащук В.К.	50
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРИДА ХИЗМАТНИНГ ТУРЛИ ПРОФЕССИОНАЛ ОМИЛЛАРИ ТАЪСИРИДА АЪЗОЛАР ВА ТИЗИМЛАРДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН БАЪЗИ БИР ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР	
Ғоибов Ш.З.	51
ВЛИЯНИЕ ГЛИБЕНКЛАМИДА НА СЕРДЦЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ	
Даниярова Л.Д., Шидаков Ю.Х-М.	51
АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	
Долиев А.Ё., Назарова К.Х.	52
ЕНГИЛ АТЛЕТИКАЧИЛАРНИНГ ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИНИ ЭКГ(ГЕОЛИНК) ОРҚАЛИ ТАДҚИҚ ЭТИШ	
Дониёров Б.Б., Мавлянова З.Ф.	52
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМ И РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ТЕНСЕГРИТИ	
Евсеев Г.М., Урываев А.М.	53
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ РИСКА НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ	
Есенова Г.О., Абдумаликова Ф. Б., Шукурджанова С.М.	53
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ РИСКА НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ	
Есенова Г.О., Абдумаликова Ф.Б., Шукурджанова С.М.	54
PROBABILITIES OF CLINICAL LABORATORY ASSESSMENT OF ANTIPLATELET THERAPY EFFECTIVENESS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE	
Jabbarov A.A., Nadirova Yu.I., Rahmatullayeva N.T., Umarova Z.F.	54

РЕВМАТОИД АРТРИТДА КОМБИНИРЛАНГАН ТЕРАПИЯ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН НОЖЎЯ ТАЪСИРЛАР Жабборов А.А., Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Назарова Н.О.	55
ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ЦИТОКИНА ИЛ-8 У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Закирова У.И., Каримджанов И.А.	55
ФИЗИОЛОГО–КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТА ПРИ ГИПОФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ Зуннунов Х.М.	56
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КАК СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ Ибрагимова Н.У., Халмухамедов Б.Т.	56
КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ Ибрагимова Ш.А., Миррахимова М.Х., Сотиболдиева Н.Р.	56
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РЕСПУБЛИКИ Ибрагимова Н.У., Агзамова Г.С.	57
ESTIMATE OUTCOMES OF STROKE IN CONTROLLED AND UNCONTROLLED PARKINSON'S DISEASE: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY Ibrohimova N.I., Daminova H.M.	58
ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ Иванова О.С., Майчук Е.Ю., Воеводина И.В.	58
ОЦЕНКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В СПИНЕ Исамухаметова Ю.Б., Усманходжаева А.А.	59
СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИАГРЕГАНТАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК II-III СТАДИИ Исурганова С.Н., Собиров М.О., Собиров А.М.	59
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ Искандарова И.Р., Рахманова Л.К.	60
HEART RHYTHM DISTURBANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART AILURE AGAINST THE BACKGROUNDOF COMPLEX TREATMENT ITH ANTAGONISTS OF MINERALOKORTIKOID RECEPTORS Islomov I.I., Gadaev A.G.	60
НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С АНТАГОНИСТАМИ АЛЬДОСТЕРОНА Исломов И.И. Гадаев А.Г.	61
ПРИМЕНЕНИЕ ОТОМИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА Исматова К.А., Амонов Ш.Э.	61
EVALUATION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS Ismoilov U.I., Maksudova Z.S., Khamraeva U.S.	62
ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.	62

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Исмоилова Н., Бекмиров Т.	63
CONDITION OF A AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE ASSOCIATED WITH AUTONOMIC DYSTONIA Kadirov B.S., Khamrabaeva F.I. Khamrabaeva F.I.	63
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Кадирова Ф.Ш., Рахимова М.Э.	64
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ФАМОТИДИНА И ОМЕПРАЗОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО- ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Каланова Н., Зуфаров П.С., Якубов А.В.	64
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Камалова Ё.А.	64
TREATMENT OF THE ACNE DISEASES WITH LASER THERAPY Khalitov I.I., Kurbanova M.A., Abbaskhanova F.X., Nurmatova I.B.	65
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Камолова Ф.Дж., Акбарова Д.С.	66
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш.	66
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ASPERGILLUSPP СРЕДИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ Каримова Д.С., Козимова К.М., Нурматова Н.Ф.	67
A COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF BOTULISM Karomov M.N., Maqsudova Z.S., Buribaeva B.I.	67
БАДАНТАРБИЯ, ПАРҲЕЗ, САУНА-СОҒЛОМ ҲАЁТНИНГ УЧ ОМИЛИ Кахрамонова М.Ш., Усмонов К. З., Факиров А. З.	67
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ Козимова К.М., Каримова Д.С., Нурматова Н.Ф.	68
АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОНЦИДОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Костышин Л.В., Михайлюк Н.В., Сахацкая И. М., Федюк В.И.	69
ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.	69
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Курбоналиева З.С., Яхяева К.З., Толипова Н.К.	70
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ Курбонова З.Ч., Бабаджанова Ш.А., Мусаева Н.Б.	70
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ОСНОВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ Курбонова К.Д., Зиёвиддинов М.К. Эгамбердиева С.М.	71

ОСТРАЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Куцева Д.Н., Шахзадова А.Р., Суюнов А.М., Рубанова М.Ф., Григорова А.Н., Минаев С.В.	71
ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИАСТАЗЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА Лемешевский И.А., Малькевич Л.А.	72
SURUNKALI PANKREATITLARNI KLINIK KECCHISHIDA SITOKINLAR PROFILIGA BOGLIKLIGI Masharipova Yu.K., Shamsutdinova M.I.	72
ҚУШҚҰЙНМАС ҰСИМЛИГИ ЭКСТРАКТИНИНГ ЖИГАР ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИ Мавланов Ш.Р., Рахманов А.Х., Хакимов З.З.	73
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ Мадаминова У.Ш., Рахманова Л.К.	73
ОРТИҚЧА ВАЗН ФОНИДА КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ Матрасулова Д.М., Тагаева М.Х.	74
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ИСМИЖЕНВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Махмудов У., Арипджанова Ш.С.	74
СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ ВА ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ЙЎЛЛАРИ Машарипова Ю.К. Шамсудинова М.И.	75
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА И БОЛЕЗНИ ФАБРИ Машкунова О.В., Рустамова Ф.Е., Оспанова Ш.О., Ботабекова А.Ж.	75
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Мирахмедов Х.А., Мухаммадиева С.М., Ахмедов Х.Б.	75
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ДИСЛИПИДЕМИЯГА ГИПОАЗОТЕМИК ПРЕПАРАТЛАРНИНГ ТАЪСИРИ Мунавваров Б.А., Эшонов Ш.Н.	76
ДИНАМИКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЕДИНОБОРЦЕВ ПРИ АДАПТАЦИИ К НАГРУЗКАМ Муратходжаева Л.Э.	77
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ Муродова С.М., Собиров У.Х.	77
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ Мусаев О.О., Абдуазизова Н.Х.	78
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Муталов С.Б., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.	78
ASSESSMENT OF LIPID PROFILE IN A COMPENSATED STATE OF THYROID HYPOFUNCTION Nasirova A. K., Najmutdinova D.K.	79
FEATURES OF THE FORMATION OF NIGHT APNEA SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL VENOUS INSUFFICIENCY Nazarova J.A. Abdurakhmonova K.B.	79

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ПОДРОСТКОВ 14 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ	
<i>Наврзуов Д.К.</i>	81
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ПРЕПАРАТА «АЛЛТРОМБОСЕПИН» И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ИБС	
<i>Надирова Ю.И., Жаббаров А.А., Рахматуллаева Н.Т., Насриддинова Н.Н.</i>	82
АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	
<i>Назарова К.Х., Долиев А.Ё.</i>	82
ТИЗИМИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИДА ГЛЮКОКОРТИКОИД ТЕРАПИЯНИ САМАРАДОРЛИГИ	
<i>Назарова Н.О., Жаббаров А.А., Максудова М.Х., Мадазимова Д.Х.</i>	83
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
<i>Насирова А. А.</i>	83
BLOOD PLASMA HOMOCYSTEINE LEVEL IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE THYROID GLAND	
<i>Nasirova A. K., Najmutdinova D.K.</i>	84
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
<i>Низаметдинова У, Шоалимова З.М.</i>	85
СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПОДРОСТКОВ	
<i>Норбутаев М.Ф., Рахманова Л.К.</i>	85
ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (GUS) У ДЕТЕЙ	
<i>Норбутаев М.Ф., Курбоналиева З.С., Рахманова Л.К. Яхяева К.З.</i>	86
SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI KASALLIKLARIDA OG'IZ MIKROFLORASINING HOLATI	
<i>Orinbaeva Z.N., Nurilloeva Sh.Sh.</i>	86
ИННОВАЦИОННАЯ РОЛЬ ЗДРАВНИЦ В ПРОГРАММАХ СОВРЕМЕННОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ	
<i>Овчинникова М.А., Сафоничева О.Г.</i>	87
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СЕЙНТА	
<i>Омарова Х.С., Гуламова Г.М., Сымайылова Н.Ж.</i>	87
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	
<i>Омонова М.Ж., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.</i>	88
ВЛИЯНИЕ КОБАВИТА НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
<i>Отажонов Т.Ш., Якубов А.В.</i>	88
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	
<i>Отажонова Г.Р., Мусаева Л.Ж., Абдусаматова Д.З.</i>	89
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК-СПОРТСМЕНОК	
<i>Охапкина С.А.</i>	90
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
<i>Охунова Д.А., Рахимбаева Г.С.</i>	90

НЕИНВАЗИВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ Парпибоева Д. А., Каримов М.Ш.	91
ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ T2-КАРТОГРАФИРОВАНИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ Пирназаров М.М., Махмудов Д.Э., Цой С.А.	91
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА И ИНДАПАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Пулатов Ж.Д., Пулатова Д.Б.	92
ГИПОДИНАМИЯНИ ШАХАР ВА ҚИШЛОҚ АҶОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИНИ ЎРГАНИШ Ражабова Р.Ш., Нуриллаева Н.М., Шукурджанова С.М., Саидахмадов С.С.	93
КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ Рамазанова Н.А., Дадабаева Н.А., Хамраев А.А.	93
ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ Рамазанова Н.А., Дадабаева Н.А., Хамроев А.А.	94
АФАЗИЯЛИ БЕМОРЛАР НУТҚИНИ ТИКЛАШДА ЯНГИ ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ Расулова М.Б., Расулова Д.К.	94
ГЕНДЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ Рахимова М.Э., Кадирова Ф.Ш.	95
ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА Рахматжонов Р.Р., Мирзаева Н. А.	95
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИБС НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ МАСЛО РАСТОРОПШИ Рахматуллаева Н.Т., Жаббаров А.А., Надирова Ю.И., Кадирова Ш.А.	96
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА Рузматов Ш.Х., Усманходжаева А.А.	97
ALLERGIC RHINITIS RISK FACTORS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN Saidkhonova A.M.	97
FAOLLASHTIRILGAN KORALL KALSIYNING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI Saydiasqarov S.S., Xayitova Sh. Q., Yusupxo'jayeva X. S.	98
ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО НВУ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ Сайдахмедов К.Б., Ташпулатова Ш.А., Султонова Г.Ю., Максудова З.С.	98
ОЦЕНКА ГИПОАЗОТЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НЕФРОЦИЗИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III-IV СТАДИИ Сайитхонов С.М., Жаббаров А.А., Саидхонова А.М.	99
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХСН НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ СД ТИПА 2, А ТАКЖЕ ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ Салимова Г.Х., Нажмутдинова Д.К.	99
IMPROVE THE RESULTS OF TREATMENT OF DIAPHYSARY FRACTURES OF THE TIBIAL BONES BY THE DEVELOPED ROD APPARATUS Salokhiddinov F.B., Kayumov J.Sh.	100
БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМДА ОШҚОЗОН – ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ҲУСУСИЯТЛАРИ Самадов А.А., Бобомуратов Т.А.	100

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРОГРАММ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
<i>Самут З.А., Эм Д.О., Каурбек О.К., Багдатханова Б.И., Кадимова Д.Т., Зарлыкан Ш.Р., Тлеубаев А.Т., Атыгаева С.Ж., Шерияздан Ж.С., Сабырбаева Г.А., Косанова А.К., Сагындыкова З.Р.</i>	<i>101</i>
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПЯТИЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
<i>Самут З.А., Эм Д.О., Каурбек О.К., Багдатханова Б.И., Кадимова Д.Т., Зарлыкан Ш.Р., Тлеубаев А.Т., Атыгаева С.Ж., Шерияздан Ж.С., Сабырбаева Г.А. Косанова А.К., Сагындыкова З.Р.</i>	<i>101</i>
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	
<i>Сатибалдиева Н.Р., Тошнўлатова С.</i>	<i>102</i>
PROTOPIC IN THE COMPLEX TREATMENT OF LICHEN PLANUS	
<i>Safarov Kh. Kh., Tashkenbaeva U. A., Tokhtaev G.Sh.</i>	<i>102</i>
SOME FEATURES OF SKIN MICROBIocenosis IN ATHLETES	
<i>Safarov Kh.Kh., Toxtayev G.Sh., Sadikov A.A.</i>	<i>103</i>
NARROWBAND UVB PHOTOTHERAPY AND PUVA PHOTOCHEMOTHERAPY IN PSORIASIS VULGARIS	
<i>Safarov X. X., Toxtayev G. Sh., Tillayeva M., Tashkenbayeva U.A.</i>	<i>103</i>
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИЩАЯ В КОЖНО- ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ГИЖДУВАНСКОГО РАЙОНА	
<i>Сафаров Х.Х., Ташкенбаева У.А., Тохтаев Г.Ш.</i>	<i>104</i>
МИГРЕНДА ГИПОТИРЕОЗ ҲАМКОР КЕЛГАНДА БЕМОРЛАР КУНДАЛИК ВА ИШ ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ	
<i>Саъдинова Г.У.</i>	<i>105</i>
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО МИОКАРДИТА	
<i>Сергеева И.Н., Чомчекова Ж.Р., Жәнібекова С.Б., Жангелова Ш.Б., Мамбетова Г.К., Алибеков Б.Д., Туякбаева А.Г.</i>	<i>105</i>
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА (АИГ)	
<i>Серикболкызы С., Славко Е.А., Зубова Н.В.</i>	<i>106</i>
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D В ЗИМНИЙ ПЕРИОД ГОДА	
<i>Скворцова Л.А., Хегай Л.Н.</i>	<i>106</i>
MODERN VIEWS ON THE TREATMENT AND PREVENTIONS OF MUSCULAR-ARTICULATION DYSFUNCTION OF THE TMJ IN PATIENTS WITH FRACTURES OF MANDIBLE IN DIFFERENT LOCALIZATION	
<i>Skripa O.L.</i>	<i>106</i>
PERSONALITY-PSYCHOLOGICAL FEATURES AND MENTAL STATE OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA	
<i>Sobirov A.B., Tashmatova G.A.</i>	<i>107</i>
РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	
<i>Собиров У.Х. Абдуллаев Ш.С.</i>	<i>107</i>
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ПОДРОСТКА	
<i>Суюнов А. М., Шахзадова А. Р., Куцева Д. Н., Григорова А. Н., Рубанова М. Ф., Минаев С.В.</i>	<i>108</i>
ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (ИЛИ ПОВТОРНОГО ОБРАЩЕНИЯ) БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ	
<i>Сымайылова Н. Ж., Данышбаева А.Б., Омарова Х.С.</i>	<i>109</i>

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ Тажиева З.Б. Ph.D.	109
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ Таджиева З.Б.	110
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ Тарнавская С.И.	110
КОМОРБИДНОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ Тарнавская С.И., Прунчак Н.И.	111
THE ROLE OF NURSING IN DEVELOPING THE HEALTHY LIFESTYLE Tashpulotova N., Niyozova N.	111
НОВЫЙ ПОДХОД НА ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.	112
БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ Тиллаева Ш.О., Мирзаахмедова М., Ярмухамедова Н.Ф., Саломова Ф.И.	112
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ЗА СВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ Тихомирова Г.И.	113
SUITSIDAL XULQ-ATVOR OMILLARI Tojimatov S.B. Narmetova Y.K.	114
ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ АТЛЕТОВ-КУРАШИСТОВ. Тохтиев Ж. Б., Еремушкин М.А., Усманходжаева А.А.	114
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОЛЛАРДА ЭРИТРОПОЭТИН БИЛАН ЯЛЛИҒЛАНИШ ЦИТОКИНЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИНИ БАҲОЛАШ Турақулов Р.И., Курбонов А.К., Рахимова М.Э.	115
ГЕМОКОНТАКТ ЙЎЛИ БИЛАН ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Турғунова З.Т., Рахмонов Э.Ж., Б.Ю.Тошбоев.	115
РОЛЬ ПРОЦЕССОВ АУТОФАГИИ ПРИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ Турсунбаева Д.Б.	116
РОЛЬ ИММУННЫХ И ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ У ЖЕНЩИН Умарова Д., Исмаилова Г.А.	117
РЕВМАТОИД АРТРИТДА КОМБИНИРЛАНГАН ТЕРАПИЯ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН НОЖЎЯ ТАЪСИРЛАР Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Жабборов А.А., Назарова Н.О.	117
2-TIP DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DIABETIK DISTAL POLINEVROPATIYANING RIVOJLANISHI VA KECISHIDAGI B12 VA D VITAMINLARINING ROLI Urunbayeva D.A., Murodova N.B.	118
ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Усманилиев С.А., проф.Ташкенбаева У.А., д.м.н. Агзамова Г.С.	118
ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ СПОРТСМЕНОВ-ГРЕБЦОВ С УЧЁТОМ СВОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Усмоналиева Н.Ш., Мавлянов И.Р.	119

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОТЯГОЩЕННОГО АНАМНЕЗА НА РАЗВИТИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Файзиева У.Р., Каримджанов И.А.	119
МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ КУРКУМИНА И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ НЕЙРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА Хайдаров Ф.Г., Азизова Ф.Л.	120
ЎЗБЕКИСТОНДА ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ШАХСЛАРДА I ВА II ТИПДАГИ ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ Хайматов А.А., Абидов А.Б.	121
ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА БОЛЬНЫХ С РЕАКТИВНОМ АРТРИТОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ Халметова Ф.И., Буранова С.Н.	121
ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗАМИ Халмухамедов Б.Т., Нуриллаева Н.М., Агзамова Г.С.	122
ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Хидирова Н.Х.	122
KOGNITIV O'ZGARISHLAR BILAN KECHUVCHI VAHIMA HURUJLARIGA ANTIDEPRESSANT VA TRANKVILIZATORLAR TA'SIRINI QIYOSLASH Xikmatullaeva Sh.Sh., Xaydarov N.K., Raimova M.M.	122
ЗНАЧЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ Ходжанова Ш.И., Утемуратов Б.Б.	123
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ И ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ В ПЛОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА Ходоровская А.А.	124
ВЛИЯНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Хожиева У.Х., Самтарова Д.Б., Высогорцева О.Н.	124
TIZIMLI SKLERODERMIYADA SUYAK MINERAL ZICHLIGIGA VAHO BERISH Xudoynazarov A.A., Sultonova M.X.	125
ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЯ И НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ОБЪЕКТЕ КАЗАХСТАНА Цзян М.Ч., Ердесова К.Е., Хан Ф.С., Кульжанов М.К.	126
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ Шамсиева Э.Р., Марданов Ш.А.	126
ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ Шарапов О.Н., Даминов Б.Т.	127
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ Шахзадова А.Р., Погосян А.А., Суюнов А.М., Куцева Д.Н., Минаев С.В.	128
DIAGNOSTIC VALUE OF NONSPECIFIC BRONCHIAL HYPERRESPONSIVENESS IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT SEVERITY SCORES OF BRONCHIAL ASTHMA ATTACKS Shakhova O.A., Koloskova O.	128

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТЬ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА Шахова О.А., Король М.Н., Колоскова Е.К.	128
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОККЛЮЗИИ С ПОЗНОСТАТИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ 9-12 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА Швед Н.В.	129
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ УРЕТРОГИДРОНЕФРОЗОМ Широв Т., Мавлянов Ф.Ш.	129
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Максимов К.В.	130
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСТНАГРУЗОЧНОГО ВОССТАНАВЛЕНИЯ ДЗЮДОИСТОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ Шоюнусов Ф.Ш., Усманходжаева А.А., Жумаева Г.А.	130
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ Шувалова М.С., Шаназаров А.С., Шудаков Ю.Х-М.	131
ARTHRITIS ASSOCIATED WITH THE HEPATITIS C VIRUS: TREATMENT FEATURES, ANALYSIS OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS Shukurova F. N., Karimov M.Sh.	131
ОСТЕОАРТРОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СИМПТОМСИЗ ГИПЕРУРИКЕМИЯ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ АҶАМИЯТИ Шукуров Б.Б., Арипова Н.А., Набиева Д.А.	132
EFFECT OF THE DOMESTIC PREPARATION VIKTOZY METABOLIC RISK FACTORS IN PATIENTS WITH OBESITY Shukurov U.M., Saidova Sh. A.	133
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ФАМОТИДИНА И ОМЕПРАЗОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Эргашев И., Зуфаров П.С.	133
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ Еркінқызы А., Касымова Г.П.	133
РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАР ОРАСИДА ТИРЕОИД ПАТОЛОГИЯНИНГ УЧРАШИ Юлдашев О.С.	134
ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХБП III-IV СТАДИИ И ИХ ПУТИ КОРРЕКЦИИ Юлдашев Т.Р., Жуманазаров С.Б.	135
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Юлдашов Ж.А., Тагаева М.Х.	135
НОКУЛАЙ ЭКОЛОГИК МУХИТ ТАЪСИРИДА ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ Юсупова У.У., Бобомуратов Т.А.	136
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Юсупова У.У., Бобомуратов Т.А.	136

Хирургическая секция

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ Абдуллаев У.М., Хошимова Н., Қобилова М.	137
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ COMBUR-TEST UX В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Адхамова М., Джуряева Г.Т.	137
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОДОНТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Алманова А.Ш. , Ходжибеков М.Х.	138
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА ПРИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Арипов Ш.Ш., Атаков С.С.	138
РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛЮЧИЦЕ У ДЕТЕЙ Ахмадалиев Ш.Ш., Тошбоев Ш.О.	139
БОЛАЛАРДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИ РОЛИ Бердиев Э.А., Турабаева З.К.	140
TO ESTIMATE ROLE OF INFECTIONS AMONG COUPLES SUFFERING FROM INFERTILITY Gadoeva D.A. Magzumova N.M.	140
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Газиева Э.В., Салимов О.Р., Муратова Н.Д.	141
EVALUATION OF EFFICIENCY OF AUTODERMOPLASTY AT POST-BURN CONTRACTURE OF FINGERS Jalilova Z.sh., Teshaeв O.r1., Djuraeva Sh.U.	142
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Инояттов А.А., Сулейманов Ш.Р.	142
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ МИОМЫ МАТКИ Ирназарова Д.Х., Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю.	143
ИННОВАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Йулдашева Д.К., Атаков С.С.	144
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ И РЕТИКУЛЯРНО- РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Кадирова Д.Б., Каримов М.Р.	144
ҚАЙТАЛАНУВЧИ ШОХ ПАРДА ЭРОЗИЯСИНИ ИАГ ЛАЗЕР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ Камолов Б.С., Туйчибаева Д.М.	145
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш.	145
БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИГИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА НОРМАЛ ВА ТОПОГРАФИК АНАТОМИЯНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.З.	146
RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF THE PATHOLOGICAL COURSE OF MENOPAUSE Komilova D. K., Sadikova D.R., Kayumova D. T.	146
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А.	147

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ	
Курбанова З.Ш., Розикова Д.К., Ихтиярова Г.А.	147
МИКРОБНАЯ КОНТАМИНАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	
Кхоршани Б., Полевой В.П., Плегуща О.М., Сидорчук И.Й., Сидорчук Р.И.	148
ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ДАВО ЖАРАЁНИГА ТАРАФДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ЁШГА ВА ЖИНСГА БОҒЛИҚЛИГИ	
Мавлянов С.И., Бекенова Г.Т.	148
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ЭНДОМЕТРИТ	
Мамаджалилова Д.У., Акпербекова И.С., Абдуллаева Л.М., Нигматшаева А.Р.	149
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В РАННИЕ СРОКИ	
Мамажаллилова Д.Х., Саиджаллилова Д.Д.	149
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА	
Мансурова М.Ю., Узакова М.К., Бабажанова Г.С.	150
ЧАСТОТА КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ	
Мирзамуродова Д., Абдувалиева С.М., Абдуллаева Л.М.	150
ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ (HOLEP) В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Мирхомидов М.М., Гиясов Ш.И., Махмудов А.Т.	151
DIFFERENTIATED HYPEROSMOLARY THERAPY IN CEREBRAL EDEMA IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY	
Murotov T.M. N., Djumabaev R. R.	152
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГОЛЬМИЕВАЯ КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ (ТУРУЛТ) ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА	
Наджимитдинов Я.С., Усмонов А.И., Хожанязов Ш.Р.	152
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	
Нишонова Ю.У., Саттарова К.А.	153
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Ниязов Б.Ш., Махмудов А.Т.	153
ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОРТИКАЦИИ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК	
Номонов А.А., Наджимитдинов Я.С.	154
КОРРЕКЦИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ	
Нурметов С.Т., Хамраев А.Ш., Тугузов Б.	154
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЯ	
Олимова Н.И., Нарзуллаев Н.У., Ихтиярова Г.А.	158
ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ГЛАЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО КРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ	
Оралов Б.А., Сафаров Ж.О., Маткаримов А.К.	160
ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ КОНТАМИНАНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВЫ	
Орипов О.И., Эрматов Ш.Г., Хусаинова А.С., Эгамбердиева С.М.	161
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА МОДЕЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВАГИНИТА (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	
Орипова Ф.Ш., Мавлонов А.А.	162

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	
Очилдиев М.Б., Закирходжаев Р.А.	162
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	
Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.	162
МАЛОВОДИЕ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ) OLIGOAMNIOS IN BACTERIAL INFECTION (DIAGNOSTICS, PREVENTION, TREATMENT)	
Раззакова Н.С., Бекбаулиева Г.Н., Тавмуродова М.Г.	163
ТАКТИКА ОЦЕНКИ ПРОФИЛЯ ЛИЦА И ГУБ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	
Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э.	164
IDENTIFICATION OF ETIOLOGY AND RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PLACENTAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN	
Rakhmanova S. Sh., Davletova D. M., Karimov A. Kh.	164
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Рахмонова М.К., Абдуразакова М.Д.	165
ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	
Рузимурадова С., Акпербекова И.С.	165
ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СТЕРЖНЕВОЙ АППАРАТОМ МОДИФИКАЦИЯ НАШЕМ КЛИНИКЕ	
Салохиддинов Ф.Б., Назарова Н.З., Каюмов Ж.Ш.	166
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ МАКУЛЯРНЫМ ОТЕКОМ	
Саматов М.У., Ахраров А. А.	166
BERUSHTLIK. UNING ZAMONAVIY DAVOSI BO'LMISH TABIIY SIKLDAGI EKO VA UNGA TAYYORGARLIK	
Samatova D. T.	167
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА	
Сафаров Ж.О., Оралов Б.А., Маткаримов А.К., Орипов О.И.	167
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ	
Суяркулова М.Ш., Бабаджанова Г.С.	168
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ	
Темиров Э.О., Касимов С.С., Мирхамидов Д.Х.	169
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ	
Тошева И.И., Каримова Г.К., Адизова С.Р.	170
RESULTS OF PRIMARY TRUS PROSTATE BIOPSY PERFORMED ON THE BASIS OF PSA LEVEL, TRUS AND DRE AND THEIR CLASSICATION ACCORDING TO ISUP	
Tukhtamishev M.H., Giyasov Sh.I.	170
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Уктамова Д., Аскарлова Н.А.	171
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ	
Умарова Р.Ш., Муратова Н.Д.	172

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН МИОМАСИ РИВОШЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОГОРМОН D НИНГ АҲАМИЯТИ Хазратқулова Х.У. Садиқова Д.Р.	172
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ Халикова О.М., Охунов А.О., Саттаров И.С., Касимов У.К.	174
ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА ПРИ ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО КУРСУ – ВВЕДЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ Халикова О.М., Касимова Д.У., Касимов У.К.	174
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ Халикова О.М., Касимова Д.У., Охунов А.О., Саттаров И.С.	175
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ Ходжаева З.А., Назирова С.Х.	175
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТИМУЛЯТОРОВ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КЕРАТИТАХ Холбеков А. В., Закирходжаев Р. А.	175
ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНАХ С ДЕФЕКТОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КИСТИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКОЙ Холмирзаев О.Н., Назарова Н.З.	176
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ КОСТНО-ФИБРОЗНОГО КАНАЛА Шодиев А.И., Муратов Ф.Р.	179
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПТЕРИГИУМЭКТОМИИ Шорустамова М., Нозимов А.Э., Оралов Б.А., Миррахимова С.Ш.	179
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА АПФ- ПЕРИНДОПРИЛА В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ Шофотихов А.Ф., Билалов Э.Н.	180
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НПВС В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ Эгамбердиева М.Э., Маткаримов А.К.	180
КУЙИШ КАСАЛЛИГИДАГИ БЕМОРИНГ ЖИСМОНИЙ ВА РУХИЙ ҲОЛАТИДАН КЕЛИБ ЧИҚҚАН ҲОЛДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ОЛИБ БОРИШ Юсуфбекова М. З., Курязов А.М.	181
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х.	181

Медикобиологическая секция

САЧРАТҚИ ЎСИМЛИГИ ҚУРУҚ ЭСТРАКТИНИНГ АЛЛОКСАНЛИ ДИАБЕТ КЕЧИМИГА ТАЪСИРИ Асқаров О.О., Аллаева М.Ж.	183
SOLUBER KARELINI НИНГ ДЮВЕРНУА БЕЗИ АНАТОМО-ГИСТОЛОГИК ТУЗИЛИШИ Бобоев М., Рахматуллаев Э.А.	183
РОЛЬ АПОПТОЗА В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Ганиев А. К.	184
ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ У КРЫС ПРИ ПАССИВНОМ КУРЕНИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ НАТРИЙ ГЛУТАМАТА Гецько Н. В., Криницкая И. Я.	186

СОСТОЯНИЕ ГИСТОФИЗИОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ КЕТОГЕННОЙ ДИЕТЕ	
Гусарова М.А., Гусарова Д.А., Абдумаликова И.А.	186
РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ И РАСЧЕТА БАЛАНСА ПОТОКА БИОСИГНАЛОВ НА ОСНОВЕ МИКРОКОНТРОЛЛЕРОВ	
Джуманов Ж. Х., Ражабов Ф.Ф., Ким Е.В., Яхшибоев Р.	187
ФАЛСАФАНИНГ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ ЎЗЛАШТИРИШДАГИ ЎРНИ	
Кахрамонова М.Ш., Усмонов К.З., Факиров А. З.	188
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	
Котовский С.Д., Заборова В.А., Лепетинский И.С.	189
ACADEMIC QUALITY IN TRAINING OF MEDICAL INDUSTRY WORKERS	
Kushnir O.Yu.	189
ТЕРИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА БАКТЕРИЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК РОЛИ	
Қўшмуродова М.С., Юлдошева Н.Ф., Джураева З.Б., Оринбаева З.Н.	190
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ	
Матушак М.Р., Захарчук А.И., Ежнед М.А., Федюк Н.А.	190
GENETIK INJENERIYA USULI BILAN OLINGAN O'SIMLIK VA HAYVON MAHSULOTLARINING GENETIK SOFLIGINI ANIQLASHDA PCR TEXNOLOGIYASINING ANAMIYATI	
Mirvaliyeva N.R., Radjarov M.A., Tursunboyev M.O.	191
ИНСОНЛАРДА ОЛИЙ НЕРВ ФАОЛИЯТИНИНГ ХУСУСАН КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЎРГАНИШ	
Мирзаева А.Х., Мусирова Ш., Рискулова Д., Акбаров Ж.	191
ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕГО ДЕЙСТВИЯ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА КАЛЕНДУЛЫ	
Наимова М.Н., Давронова Х.А., Мойлиев Ғ.М.	192
ВЛИЯНИЕ [(1-ФЕНИЛ-5-ФОРМИЛ-1Н-ИМИДАЗОЛ-4-ИЛ)ТИО]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ-МАРКЕРОВ ЦИТОЛИЗА И ХОЛЕСТАЗА В ПЛАЗМЕ КРОВИ КРЫС ПРИ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОМ ГЕПАТИТЕ	
Паламар А.А., Яремий И.Н., Скрынчук О.Я.	192
MANAGING DISTANT TEACHING OF "HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY" SUBJECT IN NOWADAYS MEDICO-SOCIAL CONDITIONS	
Ророва I.S.	193
GENETIK INJENERIYA USULI BILAN OLINGAN O'SIMLIK VA HAYVON MAHSULOTLARINING GENETIK SOFLIGINI ANIQLASHDA PCR TEXNOLOGIYASINING ANAMIYATI	
Radjarov M.A., Tursunboyev M.O., Mirvaliyeva N.R.	193
ҚУШТОРОН ВА ҚАШҚАРБЕДА 2:1 НИСБАТ ЙИҒМА ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРИ СУЮҚ ЭКСТРАКТИНИНГ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	
Рамазонова Ш.Ш., Сайдалиева Ф.А., Мамасодиқова Д.	194
СРАВНИТЕЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ВО ФРАНЦУЗСКОМ И УЗБЕКСКОМ ЯЗЫКАХ	
Сайджанова К. Д.	194
ИЗУЧЕНИЕ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА ИЗ СБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРАВ ГОРЦА ПТИЧЬЕГО, РОМАШКИ И КАЛЕНДУЛЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	
Сайдалиева Ф.А., Узокбоев Ш.Н., Наимова М.Н.	195
ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЛИПИДНОГО ПИТАНИЯ НА СОСУДЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС	
Сотников Б.В., Тен Д.С., Сафарова В.О., Шушлебін А.С., Абдумаликова И.А.	195

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КРСУ Сотников Б.В., Сологубова Т.И., Кондратьева Е.И.	196
ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ «ЗР» В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Турсунбаева Д., Раимкулова Д., Запезалова А., Саудалиходжаева С.З.	196
MODELING OF TOXIC LIVER INJURY IN RABBITS Tursunboyev M.O., Zafarov M.Q., Zikirullayev J.D., Khayitov M.S.	197
МОЙЧЕЧАК ВА МАВРАК ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРИ 1:1 НИСБАТ ЙИФМАСИДАН ТАЙЁРЛАНГАН ДАМЛАМАНИНГ ЯЛЛИФЛАНИШ ЖАРАЁНИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Узоқбоев Ш.Н., Рамазонова Ш.Ш., Алимджанова Г.А.	197
СВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ Урунбаева Д.А., Салимова Н.Д., Шавкатхужаев Х.Н.	198
ПРИМЕНЕНИЕ МОНРЕАЛЬСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГАШИША И ТРАМАДОЛА Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш.	198
СУРИНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН ДИЯЛИЗ ТЕРАПИЯ ОЛАЁТГАН ВА ОЛМАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ МАҲАЛИЙ ИММУНИТЕТ ҲОЛАТИ Хужамбердиева С.А., Сатторов Б.Б., Юлдошева Н.Ф. Алиев Ш. Р.	199
РОЛЬ КОЛЛАГЕНА IV ТИПА В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТОМ Шодиев С.Б., Иноятowa Ф.Х., Салиева Н.А.	201
PECULIARITIES OF DISTANCE LEARNING IN THE TEACHING OF BIOORGANIC AND BIOLOGICAL CHEMISTRY TO STUDENTS OF MEDICAL FACULTY Yaremii I.M., Kushnir O.Yu.	201
Общественное здравоохранение	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ УКРАИНЫ Антипова Т. М., Дикал М. В.	201
РОЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА Апукаева А., Комилова М.О.	201
ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ МАКРОНУТРИЕНТЛАР ИСТЕЪМОЛ ДАРАЖАСИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ Ахмадходжаева М. М.	202
О'QUV JARAYONIDA MODELLASHTIRISHDA YENKA DASTURINING ANAMIYATI Bobajonov B.O., Zuparov I.B.	202
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Ботирова М., Нурматов А.Н.	204
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНТОВ Драчук В.М., Щудрова Т.С., Копчук Т.Г.	204
МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ Жураева М., Раупова Ш.А.	205
ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ ВА ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ИННАВАЦИОН ЁНДАШУВ Комолова Ф.Дж., Акбаров Д.С.	206
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Котовский С.Д., Заборова В.А., Лепетинский И.С.	206

НЕТЕХНИЧЕСКИЕ И ПАРАМЕДИЦИНСКИЕ НАВЫКИ В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ ДАЙВЕРОВ	
<i>Лепетинский И.С., Заборова В.А., Котовский С.Д.</i>	207
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ ИНФЕКЦИИ	
<i>Мирхамидова С.М., Рустамова Х.Е.</i>	207
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ПСИХОЛОГИК ХИЗМАТ ФАОЛИЯТИНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ	
<i>Нарметова Ю.К.</i>	208
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ	
<i>Нуриддинов С.М., Мелибоева Р.Н.</i>	209
ИННОВАЦИОННАЯ РОЛЬ ЗДРАВНИЦ В ПРОГРАММАХ СОВРЕМЕННОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ	
<i>Овчинникова М.А., Сафоничева О.Г.</i>	210
ПРИОРИТЕТНЫЕ ВИДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ РАБОТЫ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ	
<i>Орос В.Ю., Довганич Е. Н.</i>	210
КАЛИЙ БИЛАН БОҒЛИҚ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИ ИШЧИЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ГИГИЕНИК ТАВСИЯЛАР	
<i>Ортиқов Б.Б.</i>	210
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
<i>Отамуродова Г., Аскарлова Н.А.</i>	211
ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	
<i>Паламар А.А., Яремий И.Н., Грозав А.Н., Скрынчук О.Я.</i>	212
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. УЖГОРОДА И ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Пишковци А-М.М.</i>	212
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ФИЗИОЛОГИЯ»	
<i>Сафарова С.Ч., Мадазизова Д.Р., Усанова С.Т.</i>	213
РАВЕНСТВО И ДОСТУПНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<i>Седенков А., Атамуратова Ф. С.</i>	213
ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ	
<i>Тажиева З.Б.</i>	214
ФАРМАЦЕВТИКА САНОАТИ СОҒАСИДА ҚОНУНЧИЛИК	
<i>Ташпулатова М.Н., Искандарова Г.Т.</i>	215
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ЗА СВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ	
<i>Тихомирова Г.И.</i>	215
ЗАЧЕМ ВРАЧУ ФИЛОСОФИЯ!	
<i>Хабибова Ф., Атамуратова Ф. С.</i>	216
СОСТОЯНИЕ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМОВ-ИНТЕРНАТОВ ДЛЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ «МУРУВВАТ» В УЗБЕКИСТАНЕ	
<i>Эрматова А.К., Азизова Ф.Л.</i>	217

ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Спец выпуск

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского языка: Ж.Б. Аскарова

Редактор английского текста: Х.А.Расулова

Редактор-дизайнер: Ш.П. Аширова

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: **Ташкентская медицинская академия**

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу:

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА, 4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.