



**Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская медицинская академия
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Материалы Международной научно-практической конференции

**«МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ:
ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА.
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

**«ТИББИЁТДА МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР:
КЕЧА, БУГУН ВА ЭРТАГА.
МУАММОЛАР ҲАМДА РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ»**
Республика илмий-амалий анжумани материаллари

The materials of the Republican scientific conference
**« MINI-INVASIVE TECHNOLOGY IN MEDICINE:
YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW.
PROBLEMS AND DEVELOPMENT PROSPECTS »**

Редакционная коллегия:

**Туйчиев Л.Н., Исмаилов У.С., Рузибаев Р.Ю., Юлдашев Б.С.,
Абдуллаев Р.Б., Батиров Д.Ю., Рузметов П.Ю., Сапаев О.К.,
Хаджиева Н.М., Машарипов О.О., Сапаева Ш.А., Аvezов М.И.,
Ходжаниязов А.А.**

Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

І РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ

БОЛАЛАР УРОЛОГИЯСИДА ЯНГИ ДАВР – ЭНДОУРОЛОГИЯ

Алимов М.М., Алимова З.К., Абдуллаева Ш.З., Шониятов Э.П., Норов М.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси

Муаммонинг долзарблиги. Болаларда обструктив урологик касалликларни трансуретрал коррекциялаш усули ривожланиб бориши натижасида кўплабтуғма нуқсонларни операциясиз даволаш ҳам мумкинлиги исботланди.

Материал ва услублар. ТашПТИ Госпитал болалар хирургияси кафедраси клиник базаси бўлган Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик шифохонасида 2013–2018йилларда 3 ойликдан 18 ёшгача бўлган 53та беморда обструктив урологик нуқсонлар трансуретрал стентлаш усулида баргараф этилди. Беморларда касалликни ташхислашда умумий қон ва пешоб тахлили, биохимия, УТТ, фармакосанография, микцияли цистоуретраграмма, экскретор урография, нефросцинтиграфия текшируви ўтказилди.

Натижа ва муҳокама. 53 бемордан 28 (52,8%) нафари бир томонлама стентланган бўлиб, шулардан 13 (46,4%) нафарини сийдик найидаги обструкцияловчи тош, 8 (28,6%) нафарини уретероцеле, 7 (25%) нафарини эса уретеровезикал сегмент обструкцияси аниқланган беморлар ташкил қилди.

53 бемордан 25 (47,2%) нафари икки томонлама стентланган бўлиб, улардан 9 (36%) нафарини бирламчи, 16 (64%) нафарини иккиламчи, яъни анамнезда аъанавий усулда операция ўтказилган беморлар ташкил қилди.

Сийдик йўллари аномалиялари билан олдин операция ўтказилган (1 (6,3%) нафарига Коен усулида, 15 (93,7%) нафарига Политано-Ледбеттер бўйича неоцистоуретероанастомоз қўйилган) ва шундан кейинги обструкциялардан сўнг кузатилган обструктив уретерогидронефрозларга трансуретрал стентлаш ўтказилди.

13 нафар сийдик найини обструкцияловчи тошида стентлангандан кейин 8 (53,3%) нафариди литолизис, 7 (46,7%) нафариди уретеродилатация бўлиб уретероскоп ёрдамида уретеролитоэкстракция қилинди. 8 нафар уретероцеле билан касалланганларда трансуретрал уретероцелени кесиш ўтказилган ва кейинги босқичда стентлаш ўтказилди. Уларда 30 кундан сўнг ички стент олинди. Ушбу муолажадан кейинги натижаларни таҳлил қилганимизда ҳеч бир беморда хасталикнинг қайталаниши, яъни сийдик найи пастки тешиги торайиш кузатилмади. Коен усулида уретероцистоанастомоз операциясидан сўнг ички стентлаш имкони бўлмади.

Хулоса. Текширувларимиз шуни кўрсатдики, сийдик найидаги обструкцияловчи тошда ички стентлаш даво самарадорлигини оширишга хизмат қилади. Икки томонлама обструктив уретерогидронефроз касаллигида ички стентлаш билан бирга уросептик, физиотерапевтик даво ўтказилса, буйрак ва сийдик йўлларида уродинамика яхшиланиб, даволашда яхши натижага эришилади.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К.

Ташкентская медицинская академия

Выявление патологий гепатопанкреатобилиарной зоны, особенно желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложненными формами, неуклонно растет, в том числе и в связи с улучшением диагностики данных патологических изменений благодаря внедрению новых технологий и методов исследования.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения и диагностики у больных с холедохолитиазом.

Материал и методы. В НЦХПиЖВП МЗ РУз проведено исследование и лечение 28 больных с подозрением на механическое препятствие в желчном протоке. Средний возраст больных составлял $57,4 \pm 7,12$ лет. Мужчин было 10 (35,7%), женщин - 18 (64,3%), т.е. соотношение мужчин и женщин составил – 1:1,8.

Всем больным было проведено УЗИ, ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Результаты исследования. Из общего число больных на УЗИ у 15 выявлено расширение холедоха более чем 7мм. У 14 больных удалось обнаружить камней в общем желчном протоке. Размеры конкременты в холедоха были от 0,3 до 3,0 см (средний размер – $1,6 \pm 0,15$ см).

С целью подтверждения наличия поражений в желчных протоках и последующим устранения причины механической желтухи 28 больным произведено РПХГ. На РПХГ у 19 больных выявлен холедохолитиаз, у 6 стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и у 3 сочетание стеноза БДС и холедохолитиазом. У 6 больных с стенозом БДС выполнено адекватное ЭПСТ. Из 22 больных с холедохолитиазом 17 выполнено ЭПСТ с литоэкстракцией.

У 5 случаях удалить камни эндоскопическим методом не увенчалось успехом. Причинами неудач в 1 случае были множественные конкременты (50-60 шт с замазками); во 1 случае выполнить адекватную ЭПСТ не удалось из-за парафатерального дивертикула; в 3 случаях захватить конкременты с помощью корзинки Дормиа не увенчалось успехом, конкременты из холедоха не удалены. Этим больным выполнена открытая коррекция непроходимости желчного протока с формированием билиодигестивного анастомоза.

Таким образом, применение эндоскопических методов диагностики и лечения при механической желтухе доброкачественной этиологии дает возможность определить характер поражения желчного протока и ликвидировать причины механической желтухи.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработка методики лапароскопической холецистэктомии с интерпретацией воспалительных изменений желчного пузыря при остром деструктивном холецистите.

Материалы и методы. Представлены результаты выполнения ЛХЭ у 62 больных с деструктивными изменениями. Описывается методика выполнения и делается вывод о высокой эффективности разработанных в клинике способов лапароскопической холецистэктомии.

Из 62 больных острым деструктивным холециститом 19 были оперированы в неотложном порядке в первые 2 часа после поступления, 7 в связи с местным и распространенным перитонитом. Подавляющее большинство больных острым деструктивным холециститом 43 (69,3%) были оперированы в срочном порядке. Из 62 больных в срочном порядке, в первые 3 суток после поступления, оперировано 43 (69,3%) и в отсроченном, на 4 сутки, 18 (29%). Нами оптимизирована техника лапароскопической холецистэктомии за счет комбинации как известных на сегодняшний день методик. Первый этап – аспирация содержимого полости желчного пузыря. После аспирации желчный пузырь с инфильтрированной стенкой станет более подвижной и это создаёт условие для тракции Ж.пузыря. Второй этап - Мобилизация пузырной артерии. Ориентиром для мобилизации деструктивно измененных пузырей служит лимфоузлы

Масканжи. После трaкции над шейкой с острым инструментом, (под припухлостью - примерная локализация лимфоузла) иссекаем серозный слой, затем с 5 миллиметровым атравматическим манипулятором раздвигаем вверх и вниз слой артерии локализуется параллельно с лимфатическим узлом. Затем выделенная артерия клипруется. Третий этап - Выделение желчного пузыря от дна. Четвёртый этап - После достижения уровня пузырного протока, и визуализации внутренней стороны устья протока накладываем клипсу с большим размером или средние клипсы лестничным методом. Пятый этап - Поверхностная коагуляция ложи пузыря. Операцию заканчиваем дренированием двумя дренажными трубками «по типу проточной системы».

Результаты и обсуждение. После внедрения в клиническую практику технологии усовершенствованной методики ЛХЭ начиная с 2015 года показатель количества конверсий снизился до 2 %, а начиная с 2000 года и по настоящее время он составляет 0,4 %.

Выводы. Разработанные четкие технические методики выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при деструктивных формах острого калькулезного холецистита позволят достигать высоких положительных результатов с сохранением стабильного показателя частоты осложнений на уровне 1-2% и снижение летальности до – 0,1%.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных с повышенным операционным риском.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений за 30 больными старческого и пожилого возраста с острым калькулёзным холециститом за период с 2017 по 2019 год. При этом на долю деструктивных форм острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста приходится 50-58%. Мужчин было 3 (10%), женщин -27 (90%) в возрасте от 18 до 65 лет. Давность заболевания от 6 до 72 ч. Все больные оперированы под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции лёгких, использовали эндовидеохирургическую стойку «При лапароскопических операциях на желчном пузыре использовали эндохирургический комплекс и наборы операционных инструментов фирмы “Karl Storz” (Германия).

Результаты исследования. ЛХЭ по оптимизированной нами технике за счет комбинации как известных на сегодняшний день методик. В технике выполнения операции предусматриваем следующие этапы. ЛХЭ выполнена 26 больным. У 3 пациентов в связи с инфильтратом в области шейки желчного пузыря применяли дополнительный троакар в правой подрёберной области, через который производили пункцию и аспирацию содержимого желчного пузыря, и в дальнейшем через этот порт дренировали подпечёчную область. Конверсия на ЛХЭ потребовалась у одного больного, причиной является интраоперационное кровотечение. Среднее время вмешательства составило $49 \pm 6,1$ мин. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. На 2-е сутки выполнялось УЗИ брюшной полости. Пациенты активизировались в первые сутки после операции, болевой синдром был минимален и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Больные выписаны до 5-х суток после операции в удовлетворительном состоянии. Швы снимались амбулаторно на 5-е сутки.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет добиться хорошего результата и в то же время снизить инвазивность оперативного вмешательства и послеоперационных осложнений.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Ахмедов Р.Б.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на совершенствование эндоскопических методов остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК), уровень летальности остается на высоком уровне от 10–14% до 30%.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 5472 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), госпитализированных в РНЦЭМП ХФ за период с 2001 по 2014 гг. Мужчин было 3420 (62,5%), женщин – 2052 (37,5%). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 1142 (20,8%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 4330 (79,2%). В течение первых 12 часов от момента возникновения клиники кровотечения доставлено 30,5% больных, в сроки от 12 до 24 часов - 36,1%, от 24 до 48 часов - 20,6% и позже 48 часов – 12,9%. Для гемостаза ЯГДК использовались диатермокоагуляция (ДТК), аргоноплазменная коагуляция (АПК), обкалывание растворами 0,18% адреналина и 35% этанола в изолированном виде, а также в комбинации: ДТК + обкалывание, АПК + обкалывание. В основном пациенты обращались с состоявшимся (остановившимся) кровотечением. В соответствии с классификацией J.A.Forrest (1974) пациенты распределились следующим образом: F-IA – 77 (1,4%), F-IB – 191 (3,5%), F-IIA – 1679 (30,7%), F-IIВ – 2216 (40,5%), F-III – 953 (17,4%), F-III – 356 (6,5%). Методы эндоскопического гемостаза потребовались у 2495 (45,6%) пациентов: обкалывание язвы раствором этанола и адреналина – у 1297 (52%) больных, моноактивная ДТК – у 673 (26,9%), АПК – у 329 (13,2%), ДТК+обкалывание – 63 (2,5%), АПК+обкалывание – 133 (5,4%). Язвы желудочной локализации требовали эндоскопического укрепления гемостаза в 28%, дуоденальные язвы – в 72% случаев.

Результаты. При продолжающемся кровотечении по FIA и FIB, когда затруднена визуализация источника кровотечения, целесообразно первым этапом выполнить инъекцию в зоне предполагаемого источника кровотечения 0,18% раствором адреналина на 3% гипертоническом растворе хлорида натрия (5–10 мл), что уменьшает интенсивность кровотечения. Эффективный гемостаз в дальнейшем достигается применением дополнительной аргоноплазменной коагуляцией. При активно продолжающемся артериальном кровотечении по F-IA эндоскопический гемостаз оказался эффективным в у 17(22%) больных. При венозном кровотечении по F-IB гемостаз достигнуто у 181 (95%) больного. Рецидив кровотечения при состоявшихся кровотечениях после выполнения первичного эндоскопического гемостаза наблюдался у 135 (8,3%) больных, в том числе у 19 (6%) из 329 после применения АПК и значительно чаще - у 116 (9%) пациентов из 1297 после применения изолированного метода обкалывания.

Заключение. Гастроинтестинальная эндоскопия с применением современных средств эндоскопического гемостаза является на современном этапе центральным звеном ведения больных с язвенными кровотечениями. В лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должна применяться активно-индивидуализированная лечебная тактика, включающая эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности развития рецидива кровотечения.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ТУГУНЛИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ

Бабажанов А.С, Ахмедов А.И, Махмудов С.Б.
Самарқанд давлат тиббиёт институти

Бугунги кунда қалқонсимон без патологияларида медикаментоз терапия самараси нотўлиқ бўлиб, консерватив даводан сўнг тиреоид тўқималардан тугунли ҳосилаларнинг стабил равишда ўсиши кузатилмоқда. Бу эса қалқонсимон без яхши сифатли касалликларининг хирургик даволашга кўрсатмаларнинг афзаллигини белгиламоқда.

Илмий иш мақсади: Қалқонсимон без яхши сифатли касалликлари билан оғриган беморларни операциядан сўнгги асоратлар профилактикаси ва хирургик даволашни такомиллаштириш.

Текшириш материаллари ва усуллари: 2017-2018 йилларда Самарқанд ШТБ хирургия бўлимида даволанган 122та тугунли бўқоқ билан оғриган беморларни тахлил қилдик. Барча беморлар оператив даволанган. Шу беморлардан 52таси кўп тугунли ва 70 таси бир томонлама тугунли бўқоқ билан оғриган беморлардир.

Текширишнинг натижалари: Барча беморларда қалқонсимон без субфасциал мобилизация қилинди ва қуйидаги операциялар ўтказилди. Қисман ўзгартирилган субтотал резекция- 24 та(19,8%) беморда бажарилди. Бунда иккала бўлакда ҳам 6-8г гача тиреоид тўқима қолдирилади. Гемитиреоидэктомия – 67та (54,9%) беморда бажарилди. Қалқонсимон безнинг бўйинча қисми билан субтотал резекцияси -18та (14,8%) беморда бажарилди. Иккала томондан 10-12г гача тиреоид тўқима қолдирилади. Қалқонсимон без иккала булаги субтотал резекцияси- 13та (10,2%) беморда бажарилди. Иккала томондан 6-8г гача тиреоид тўқима қолдирилади. Ретротрахеал ва ретростернал жошлалашган тугунларда Кохер бўйича кесма бўйин терисининг пастки бурмаси мўлжал қилиб олинди. Шу сабабли операция вақтида техник қийинчиликлар кузатилмади. Қалқонсимон безнинг яхши сифатли патологияларида операция ҳажмини тўғри танлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёти учун хавфли бўлган асоратлар кузатилиши мумкин. Бундан ташқари операциядан кейинги даврда қалқонсимон безнинг нормал фаолиятини сақлаб қолиш ва гипотиреознинг олдини олиш мақсадида қалқонсимон безнинг соғлом тўқимасидан керакли ҳажмда қолдириш лозим. Операция вақтида қалқон олди безининг пастки ва юқориги қутблари тўлиқ визуализация қилиниб, қалқонсимон без резекциялари бажарилди. Беморларда операциядан кейинги асоратлар кузатилмади. Операциядан кейинги даврда беморлар актив назорат остида олиб борилди.

Хулоса: Қалқонсимон без тугунлари ретростернал ёки ретротрахеал жойлашганда операцион кесмани тўғри танлаш операция техник қийинчилик туғдирмайди.

Операция вақтида қалқон олди безларининг жойлашган ўрни ва атрофдаги магистрал қон-томир ва нервларнинг анатомик жойлашишига қатъий эътибор қаратиш ва гипотиреознинг олдини олиш мақсадида қалқонсимон безнинг бир ёки иккала бўлаги соғлом қисмидан 4-8г миқдорда қолдириш лозим.

АНАЛИЗЫ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Бабажанов А.С, Тоиров А.С, Ахмедов А.И.
Самарқандский государственный медицинский институт

Актуальность. Осложненное течение послеоперационного периода, высокая послеоперационная летальность, а также частые рецидивы грыжи, достигающие 20–40%, представляют серьезную проблему.

Цель исследования: Улучшение ближайших и отдалённых результатов лечения больных с послеоперационными и рецидивным грыжами, с применением способа ненатяжной герниопластики.

Материалы и методы исследования: Алгоритм диагностики послеоперационных грыж передней брюшной стенки, включает следующие методы исследования: лабораторные (обще-клинические, биохимические, иммунологические), мониторинг сердечнососудистой и дыхательной систем, специальные методы (УЗИ передней брюшной стенки, компьютерная томография). Признана наиболее обоснованная классификация, которая принята на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде в 1999 году. Послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам: по локализации, ширине грыжевых ворот и наличия рецидива. Данная работа является результатом анализа хирургического лечения 50 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Самаркандского городского мед. объединения. Всем больным с сопутствующими заболеваниями на амбулаторном этапе лечения и в условиях стационара, проводилось комплексное обследование, а затем—предоперационная подготовка, обеспечивающая коррекцию и компенсацию имеющейся сопутствующей патологии. Общее количество больных были разделены на две группы в зависимости от способа герниопластики: В 1-ю группу (основную) включены 30 (60%) пациентов, которым была выполнена ненатяжная герниопластика по методике «inlay». В контрольную группу вошли 20 (40%) больных, у которых герниопластика выполнялась с применением сетчатых эндопротезов, по методике «onlay». Отдаленные результаты основной и контрольной группы, изучены в сроки от 1 года до 3 лет. В основной группе, рецидивов заболевания, не отмечено ни в одном случае. У пациентов контрольной группы в отдаленном послеоперационном периоде, рецидивы заболевания возникли у 4 пациентов, причем у 2(50%) больных —в течении первого года после операции, а у 2(50%) больных — через 2 года после операции.

Выводы: Таким образом, при сравнительном анализе выявлено, что внедрение аллотрансплантации при больших грыжах передней брюшной стенки, позволяет не только избежать послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, но и уменьшить длительность пребывания больного в стационаре, а также снизить послеоперационную летальность.

THE EFFECTIVENESS OF THE DEVELOPED PROGRAM FOR LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY

Berkinov U.B., Sattarov O.T.
Tashkent medical academy

Purpose: depending on the constitutional features to determine the feasibility of performing hernia repair endovisual by preoperative calculation of the optimal parameters of the introduction of instruments designed on the basis of a computer program.

Material and methods

. Are analyzed the results of examination and treatment of 286 patients with inguinal hernias who were hospitalized in the multidisciplinary TMA for the period from 2014 to 2019. The age of patients ranged from 18 to 76 years (mean age $56 \pm 4,3$ years). Women were 73 men - 213. Right-sided hernia was in 132 patients, a left - at 111 two-way - at 43. In this case, of which there were 34 (11.8%) patients with recurrent inguinal hernia. Patients were conditionally divided into 2 groups: one control group included 148 (52%) patients who attempted the standard point of administration tools and the 2nd main group, 138 (48%) patients, placement and administration tools embers undertaken by calculation program developed by us. More than 60% of patients were constitutionally normostenic. In the control group, patients with overweight - with a BMI (body mass index) over 30 kg/cm² (morbid obesity and super morbid)

were 56 (38%) and 47 in the intervention group (34%) patients. From laparoscopic methods use total extroperitoneal hernioplasty (TEP) and transabdominal preperitoneal hernioplasty (TAPP).

Points of introducing instruments for laparoscopic hernia repair are determined based on our program - "calculation program «Hernioplasty.exe» parameter administration tool during laparoscopic herniotomy" (certificate of the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan DGU number 04043 from 04.10.2016g).

Results and discussion. In the control group, the duration of surgery in patients with a BMI of less than 30 kg / cm² at TAPP was on average 81.3 ± 3.1 minutes in unilateral and 132.2 ± 2.1 minutes at bilateral hernia. Accordingly, in patients with a BMI greater than 30 kg / cm² on average 103 ± 4,2 minutes at the one-sided and 152,2 ± 3,2 minutes at a bilateral hernia. Due to the uncomfortable doing a bad manipulation and visualization of the groin on the established trocar according to standard point and angle degrees in 19 cases of patients with a BMI greater than 32 kg / cm² had to reinstall intraoperative abdominal trocar. According to the procedure TEP attempts to perform 96 patients were taken. At the same time, due to the wrong orientation groin towards the insertion tool in 9 (6.5%) patients had technical difficulties isolating and reposition of the hernia sac. In 3 (2%) cases, there is a local hematoma with a sharp increase and fully closed laparoscopic review. In 11 (8%) cases due to improper angle selected trocar with optics, during insolation gas penetrated into the abdominal cavity. In 3 (2%) cases during the isolation was broken leaf parietal peritoneum and had to continue the operation for TAPP technique.

In the main group techniques TAPP 44 (32%) laparoscopic hernia repair was performed to patients. Duration of surgery for TAPP was an average of 74,5 ± 4,3 minutes at the one-sided and 124,3 ± 4,1 minutes at a bilateral hernia. Thus patients with a BMI greater than 30 kg / cm² (morbid obesity and super morbid) the duration of the operation have not gone a long. Following the procedure attempts TEP its implementation in 94 (68%) patients. Thus, patients with BMI greater than 30 kg/cm² was 23%. The mean duration of surgery TEP procedure was 62,5 ± 4,3 minutes at the one-sided and 98,3 ± 4,1 minutes at a bilateral hernia. Reduction in the average execution time due to the TEP accurate benchmark zone operation and the correct choice of instrument introduction parameters. there were no intraoperative complications.

Thus, the effectiveness of the program we have developed with laparoscopic hernioplasty determined that the current introduction of endoscopic instruments by the surgeon gives the correct orientation with respect to the organs of the groin, shortens the duration of the operation and, accordingly, - a slight awakening of patients from anesthesia. In patients with morbid obesity and super morbid the use of this program makes it possible to easily manipulate the tool without the need for their transposition. Absence of complications in the recovery area indicates that the probability of relapse is dramatically reduced.

ПОЛИЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В ХИРУРГИИ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

Калиш Ю.И., Бабаджанов А.Р.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»;
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования: Одним из перспективных путей улучшения результатов оперативного лечения при синдроме приводящей петли (СПП) является внедрение новых лазерных технологий, арсенал которых состоит из высоко и низко интенсивных источников излучения.

Материал и методы: Нами было изучена непосредственные результаты хирургического лечения 83 больных с СПП, которым были выполнены радикальные реконструктивные (81) и корригирующие (2) вмешательства. Мужчин было 65, женщин 18, средней возраст их составил 41,6±1,35 лет, пациенты распределились на 2 группы.

68 больным 1 группы (контрольная) оперативное вмешательство производилось традиционным способом (44-редуоденизация, 7-резекция культи желудка по Бильрот-2 (3), Смит-Пейну (2) и Ру (2), 12 резекция желудка: по Бильрот 1 (9), Бильрот 2 и Смит-Пейну (1), 3-регастроэнтеростомия в сочетании с редуоденоэнтеростомией в 1 случае, 1-трункулярная ваготомию с наложением браунского соустья и 1-операция Стенберга)

15 пациентам 2 группы (основная) применена программа ПЛО (7 резекция культи желудка по Смит-Пейну, 3-редуоденизация, 3-заглушка на приводящую петлю по Шалимову и 2 рассечение спаек, в 1 из них –ТВ).

Результаты: При выполнении реконструктивных операций при СПП программа ПЛО имеет следующие особенности.

1. В комплекс дооперационной лазеротерапии включается облучение ИК-импульсным лазером в проекции крупных сосудов и тимуса (80 Гц, 2 мин) для стимуляции неспецифического иммунитета (3-5 сеансов) аппаратом «Узор».

2. Интраоперационное использование лазеров направлено на рассечение спаек полых органов углекислотным или АИК-лазером с контактными наконечниками при следующих параметрах: р-15вт, импульсная модуляция 3/1, количество-86 суммарная энергия 3170 ДЖ с аппаратом (Medilas-100).

3. На заключительном этапе операции для профилактики спайкообразования время УФ-лазерного облучения увеличивается до 5 мин 3 МВт, с задержкой сканирования в области рассеченных спаек аппаратом «Юлдуз».

4. В раннем послеоперационном периоде для стимуляции неспецифического иммунитета в течение 2-3 дней проводится внутривенное лазерное облучение крови (4мВт, 60 мин) гелийнеоновым лазером (АФЛ-1).

В послеоперационном периоде хирургические осложнения возникли у 10 (14,7%) больных, где лазерные технологии не использованы.

Этими осложнениями были: недостаточность желудочно-дуоденальных соустьев у 6 (8,8%); межкишечных –у 1 (1,4%), деструктивный панкреатит –у 1 (1,4 %); кровотечение (брюшную полость или желудочно-кишечный тракт) –

у 2 (2,8%). В связи с этими осложнениями выполнены 4 релапаротомии 3 больным, (недостаточность ГДА –у 1(1,4%) релапаротомии, кровотечение ЖКТ и брюшную полость –у 2 (2,8%) что составило 5,8 %. В результате этих осложнений 4 (5,8%) больных погибли из-за кахексии (2) и перитонита (2)

В основной 2-группе, где была внедрена программа ПЛО, хирургические осложнений, релапаротомий и летальных исходов не отмечено.

Заключение: Таким образом, высокая сочетаемость синдрома приводящей петли с демпинг-синдромом (49,4%) и пептической язвой (16,9%) требует дифференцированного подхода к выбору способа реконструктивной операции, в качестве которой предпочтительна редуоденизация, а при наличии дуоденостаза операция по типу Ру или Смит-Пейну.

ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ БОЛАЛАРДА УТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИДАГИ ДИАГНОСТИК ВА ДАВОЛАШДАГИ РОЛИ

Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И.,
Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.

Самарқанд давлат университети

Болаларда уткир чандикли ичак тутилиши (УЧИТ) диагностикаси ва профилактика чора-тадбирларининг камлиги, даволашни коникарсиз натижалари учун болалар абдоминал жаррохлигининг актуал муаммоси хисобланади.

Консерватив усулларини куллаш 45,8% касалларда УЧИТнинг олдини олишга ёрдам берди. Энг яхши натижалар касалликнинг эрта даврида (63,8% касалларда) олинди. Бу шу билан тасдикландики, УЧИТнинг эрта боскичида чандиклар мулойим ва осон

тугирланади. Кечки боскичда эса улар яхши ривожланган ва ичакларни каттик деформацияга олиб келади.

Диагностик лапароскопия жараёнида УЧИТ 129 та касалда топилган. Лапароскопик текшириш натижасида ва эндоскопик суратга асосланиб, бизлар, ичак обструкциясининг пайдо булиш механизмларини ишлаб чикдик: «двустволка» (20,9%), куп чандикли деформация (19,4%), чарви билан кисилиш (14,7%), тешикда кисилиш (10,1%), яллигланиш инфилтрати (9,3%), ичакнинг чандик билан буралиши (8,5%).

Чандикни лапароскопик усули билан ажратиш 13 та касалда утказилмаган. Бунга куйидаги карши курсатмалар сабаб булди: 5 та беморда кисилган ичакнинг некрози, 4 та беморда абсцессли инфилтрат ва кенг таркалган чандикли жарохат 4 та беморда. Лапароскопик адгеолизис 108 (83,7%) та болада омадли булди ва ичак обструкцияси тулик йукотилди.

Тутулишнинг асосий сабаби «штранг» (фиброзли чандик) билан кисилишда ва куп чандикли деформациясида деб топилди. Каттик ва яхши ривожланган чандикларн уткир йул билан ажратилди ва коагуляцияни куллашни талаб килинди.

8 (6,3%)та касалда лапароскопик операция омадсиз келди ва бунинг сабаблари куп чандиклар билан фиксация килинганлиги, ингичка ичакнинг буралишини лапароскопик йул билан ажратиш муаммоси тугилди.

Бир хил касалларда чандикларни эндоскопик усул билан ажратиб булмади, чунки уларда чандикли жараён ва ичак парези кенг таркалган эди.

Шундай қилиб, УЧИТни ривожланишининг асосий сабабларига уткир аппендицит билан боглик жарохат, корин бушлигини ичак микрофлораси билан юкумланиши ва куп вакт сакланиб турувчи яллигланиш жараёни киради.

АБДОМИНАЛ ХИРУРГИЯДА МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И.,
Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.

Самарқанд давлат университети.

Бизнинг клиник кузатишларни ретроспектив тахлил килиб ва УЧИТ уткир кечишини ва даволаш натижасини, шулар каторида операция топилмаларни солиштирув тахлилини утказиб биз узимизнинг иш таснифини ишлаб чикдик ва у нафакат ташхис куйишда, балки УЧИТни даволаш тактикасини ишлаб чиқишга, зарур консерватив усулларни куллаш 45,8% касалларда УЧИТни тулик бартараф килиш имконияти тугилди. Энг яхши натижалар УЧИТни эрта боскичда олинди (63,8%). Эрта боскичда бу чандиклар мулойимлиги ва осон ажралиш билан тасдикланади. Кечки боскичда эса чандиклар тулик хосил булган ва ичакларда каттик деформациялар мавжуддир. Бир хил холларда УЧИТни консерватив даволаш узига хос операциядан олдинги тайёргарлик булади. Корин бушлигида чандикли жараённи визуал баҳолашда ноёб имконият – бу лапароскопия.

Замонавий оптик системаларни куллаш корин бушлигини табиий холда ва аъзоларни катталаштирилган холда куришга имконият беради. Юмшок атравматик кискичларни ва биз ишлаб чиккан корин бушлиги аъзоларини куриш усулларни ишлатиш, ичаклар обструкциясини исботлаш ёки рад этишда ёрдам беради. УЧИТни хар хил турларини лапароскопик семиотикасини биз хар томонлама урганиб чикдик. УЧИТ гумон килинган холларда лапароскопияни куллаш бошка касалликларни аниклашга ёрдам берди.

Эрта даврда аник ташхис куйишга, операцияга оптимал йулни танлашга ва баъзи бир холларда операциянинг олдини олишга хизмат килади. Демак, лапароскопияни ишлатиш УЧИТ ташхисини исботлаш ёки рад этишда ёрдам беради. Бизлар олган натижаларга кура лапароскопиянинг диагностик аниклик 97,3%, топик ташхис куйиш эса 98,7% ташкил этади. Бундан ташқари, лапароскопия ичак тутулиш турини, чандикли

жараёни корин бушлигида таркалганлигини ва даволашни рационал усулини танлашда ёрдам беради.

Шундай қилиб, видеолапаротомиянинг замонавий имкониятлари керакли асбобларнинг мавжудлиги, купчилик холларда УЧИТ ташхисини тугри куйишда ёрдам беради, хатто ичак тутулишига олиб келган чандикларни ажратишга ёрдам беради.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ

Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И.,
Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.
Самаркандский государственный университет

Наряду с традиционными методами «открытого» удаления паразитарных кист печени в настоящее время широко указывается использование малоинвазивных вмешательств в лечении данного заболевания, а именно лапароскопическое лечение гидатидозных кист, пункции и дренирование их, под ультразвуковым, рентгенологическим контролем или с последующим склерозированием полости кисты (Ripens F 1993, Pfri A. 1996, Овчинников В.А. 1996, Устинов Г.Г. 1999, Назыров Ф.Г. 2000, Saritas U. 2001, Alonso C.O. 2001, Лазаренко В.А. 2003, Ситко Л.А. 2004, Чернышев В.Н. 2005).

У детей при эхинококкозе комплексное лечение включавшее как стимуляцию регенерации печени так и удаление паразитарной кисты: лапароскопическая эхинококкэктомия с полным иссечением фиброзной капсулы без ушивания остаточной полости со стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани; лапароскопическая эхинококкэктомия с фенистрацией фиброзной капсулы и ушиванием остаточной полости изнутри со стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани; лапароскопическая эхинококкэктомия с частичным иссечением фиброзной капсулы, тампонированием сальником остаточной полости со стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани; резекция II-III сегмента с эхинококковой кистой печени, со стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани; лапаротомия резекция эхинококковой кист VII-VIII сегмента печени с дренированием брюшной полости стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани. Всего, оперировано по предложенному методу со стимуляцией регенераторных процессов в печени 36 детей с эхинококковыми кистами n=75 (48,7%).

Таким образом, предпочитали выполнение комплексного лечения, сочетание стимуляции регенерации печеночной ткани в совокупности с выполнением одного из вариантов лапароскопической эхинококкэктомии.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ

Кучкаров О.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Лечение пострадавших с разрывами диафрагмы продолжает оставаться нерешенной проблемой неотложной хирургии как мирного, так и военного времени. Все еще сохраняется высокий уровень диагностических и тактических ошибок при лечении этой категории пострадавших. Трудность своевременной диагностики данной патологии обусловлена полисимптомностью клинической картины, в зависимости от характера повреждения различных органов, тяжестью состояния пострадавших, отсутствием специфических признаков разрыва диафрагмы, сочетанным повреждением органов грудной и брюшной полостей, нарушением их герметичности.

В данном сообщении изучены результаты хирургического лечения пострадавших с разрывами диафрагмы при закрытой травме груди и живота в ракурсе разработки и оптимизации дифференцированной хирургической тактики.

В основу работы положено анализ клинического материала 39 больных с разрывами диафрагмы при травме груди и живота отдела экстренной хирургии РНЦЭМП за 2006-2017 гг. Среди них мужчин было 26 (66,7%), женщин – 13 (33,3%). Возраст больных колебался от 17 до 67 лет (средний возраст – $36,8 \pm 4,67$).

При поступлении состояние как средней степени тяжести расценено у 11 (28,2%), тяжелой степени – у 20 (51,3%) крайне тяжелой степени – у 8 (20,5%). До 6 часов с момента травмы госпитализировано 84,6% (33), после 6 часов – 15,4% (6). Наряду с разрывом диафрагмы, сочетанные повреждения других органов и костей скелета имелись у 35 (89,7%) пострадавших.

Торакоскопия выполнена 25 (64,1%) пострадавшим. Анализируя данные этого исследования и учитывая возможности эндовидеохирургической методики, мы определили следующие показания к видеоторакоскопии при закрытой травме груди: пневмоторакс, гемоторакс или гемопневмоторакс, независимо от их объема и степени коллапса легкого, в том числе и при наличии множественных и двойных переломов ребер с образованием реберного клапана; подозрение на гемоперикард. При торакоскопии различные патологические изменения были выявлены у 100% пострадавших. Так гемоторакс выявлен у 100%, разрыв диафрагмы – у 100%, продолжающееся кровотечение – у 44,0%, разрыв легкого – у 28,0%, пневмомедиастинум – у 16,0%, пролабирование органов брюшной полости – у 20,0%. Из представленных данных следует, что торакоскопия является высокоэффективным методом диагностики повреждений органов плевральной полости и диафрагмы.

Диагностическая лапароскопия выполнена 26 (66,7%) пострадавшему. Различные повреждения, в том числе разрыв диафрагмы, были выявлены у всех пациентов, что свидетельствует о весьма высокой чувствительности этого метода. Если обнаружение повреждений левого купола диафрагмы при лапароскопии не вызывает особых затруднений, то видеоревизия правого купола, особенно ее задненижних отделов, весьма затруднена из-за печени и ее связочного аппарата. Одним из маркеров разрыва задненижних отделов правого купола диафрагмы является подтекание крови из-под заднего края печени. Сочетание торакоскопии с лапароскопией было у 10 пациентов.

Конверсия диагностической торакоскопии была у 8 (32,0%) больных из 25: у 2 - торакотомия в связи массивным гемотораксом и у 6 - видеоассистированная торакоскопия, причинами которых были разрывы легкого и свернувшейся гемоторакс. Все случаи торакотомии были завершены ушиванием дефекта диафрагмы.

Конверсия в широкую лапаротомию выполнена у 20 (76,9%) больных из 26. Причинами чего служили повреждения органов брюшной полости (у 11 разрыв селезенки, у – 6 разрыв печени, у – 3 кровотечение из брыжейки кишки). У 8 пациентов органы брюшной полости были пролабированы в грудную полость.

Таким образом, в диагностике и при выборе тактики хирургического лечения закрытых повреждений диафрагмы следует учитывать высокие лечебно-диагностические возможности эндовидеохирургической техники. Чувствительность видеоскопических методов диагностики при разрыве диафрагмы доходит до 100%. Эти вмешательства отличаются меньшей травматичностью, в результате чего значительно легче протекает послеоперационный период. Кроме того, сроки социальной медицинской реабилитации пациентов, оперированных видеоскопическим способом, намного меньше, нежели в группе пострадавших, подвергшихся традиционным вмешательствам.

ВЫБОР ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Кучкаров О.О.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Систематизация собственных подходов к выбору диагностики тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений.

Материал и методы. Хирургическому лечению с торакоабдоминальными (171; 86,4%) и абдоминоторакальными (27; 13,6%) ранениями были подвергнуты 198 больных. Одиночное ранение торакоабдоминальной зоны констатировано у 160 (80,8%), множественные – у 38 (19,2%) пациентов. Мужчин было 166 (83,8%), женщин – 32 (16,2%). Средний возраст больных составил $29,9 \pm 3,2$ лет с диапазоном от 16 до 69 лет. Сроки от момента травмы до оказания помощи составили от 0,5 до 24 ч., при этом 163 (82,3%) больных были доставлены в клинику в первые 6 ч от момента эксцесса. В эти сроки общее состояние большей части больных остается относительно стабильным – у 141 (71,2%) пациента оно было оценено как удовлетворительное (22) и средней тяжести (119). Но тем не менее, практически треть пострадавших (57; 28,8%) поступали в клинику в тяжелом (43) и крайне тяжелом (14) состоянии. Только в одном случае мы имели дело с огнестрельным ранением, у всех остальных пострадавших были колото-резанные ранения.

Результаты. Основным методом диагностики при ранениях торакоабдоминальной зоны является рентгенография грудной клетки и живота, что удалось выполнить у 186 (93,9%) пострадавших. Ранения диафрагмы у 105 (56,5%) обследованных сочетался с рентгенологическими признаками гемоторакса (84) и гемопневмоторакса (21), у 9 (4,8%) больных – с картиной пневмоторакса. Ни в одном случае мы не выявили явные признаки пролабирования органов брюшной полости в плевральную полость. Достаточно редко (17; 9,1%) визуализируется свободный газ под куполами диафрагмы. У 72 (38,7%) больных рентгенологические признаки повреждения не были выявлены.

Трансабдоминальное УЗИ выполнено у 183 (92,4%) пациентов. Только у 84 (45,9%) обследованных удалось визуализировать признаки гемоперитонеума (73) и ранения паренхиматозных органов (11), а у остальных 110 (60,1%) больных эхо-признаки повреждений не были выявлены. Возможности УЗИ плевральных полостей ограничены только констатацией признаков гемоторакса (свободной жидкости), что имело место в 61 (33,3%) случаях.

Видеоторакоскопия всего применена у 151 (76,3%) пациента. Показания к конверсии возникли у 31 (20,5%) больного по причине выявления глубоких и прикорневых ранений легкого (2), ранения перикарда (3), кровотечения из межреберных сосудов (3) и невозможностью торакоскопического ушивания ранения диафрагмы (15). При этом у 17 (54,8%) больных из 31 все необходимые хирургические пособия на торакальном этапе операции удалось выполнить через конверсию в видеоассистированный миниторакотомный доступ.

Видеолапароскопию мы применяли, как правило, вторым этапом после видеоторакоскопии или торакотомии с уже подтвержденным ранением диафрагмы при условии стабильных показателей гемодинамики. Показаниями к эндоскопической ревизии органов брюшной полости у этой категории больных являются отсутствие клинико-инструментальных данных повреждения внутренних органов, одиночные ранения в подреберных областях и по реберному краю, в эпигастрии. В последние годы мы расширили показания к видеолапароскопии у больных с ранениями диафрагмы и верхнего этажа передней брюшной стенки – метод используется в том числе у лиц с гемоперитонеумом объемом до 400 мл. У больных с ранениями диафрагмы при наличии гемоперитонеума большего объема, при наличии признаков повреждения полого органа, при множественных ранениях живота, а также у пострадавших, ранее перенесших лапаротомию выполняем широкую лапаротомию.

Видеолапароскопия использована нами у 116 (58,6%) больных, при которой также хорошо поддается осмотру нижняя поверхность диафрагмы и зона его ранения (табл. 6 и рис. 6). Гемоперитонеум выявлена у 87 (75%) пациентов, повреждения печени – у 46 (39,7%), селезенки – у 23 (19,8%), большого сальника – у 21 (18,1%), полых органов – у 10 (8,6%). У 17 (14,7%) больных с абдоминоторакальными ранениями лапароскопия позволила визуализировать внутреннее отверстие раневого канала брюшной стенки. При поверхностных ранениях печени, что имело место у 29 (25,0%) больных, видеоэндохирургическая техника позволило успешно выполнить эндоскопический гемостаз.

Послеоперационные осложнения отмечены у 86 (43,4%) больных, 6 (5,2%) из которых умерли по причине декомпенсированного геморрагического шока (3 больных с ранениями сердца, нижней полой вены и глубокое ранение печени), пневмонии (1), эмпиемы плевры (1) и острого инфаркта миокарда (1).

Выводы:

При торакоабдоминальных ранениях клинично-инструментальные признаки повреждений органов грудной клетки и живота проявляются в достаточно ограниченном числе случаев (до 39%), при этом ни одно из выявленных симптомов не является специфическим для повреждения диафрагмы, что может быть причиной диагностических и тактических ошибок.

Видеоторакоскопическая ревизия плевральной полости при проникающих ранениях торакоабдоминальной зоны грудной клетки позволяет отчетливо визуализировать все отделы ипсилатеральной половины диафрагмы, что практически исключает вероятность диагностических ошибок. Видеоэндохирургическая техника у 65,5% раненных позволяет успешно санировать плевральную полость от гемоторакса, в том числе свернувшегося гемоторакса, осуществлять эндоскопический гемостаз, выявить повреждения легкого и перикарда.

Хирургическую тактику лечения торакоабдоминальных ранений необходимо определять не по факту наличия проникающего ранения, а по результатам оценки интенсивности кровотечения и эндоскопической ревизии с учетом лечебных возможностей видеоэндоскопической техники.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Лигай Р.Е.¹, Цой А.О.¹, Хаджибаев Ж.А.¹, Шагазатов Д.Б.¹,
Нигматуллин Э.И.¹, Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.², Умаров З.З.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Кардиоспазм и ахалазия кардии представляют собой полиэтиологическое заболевание пищевода, в основе которого лежит дистрофия ауэрбаховского межмышечного нервного сплетения, что приводит к нарушению открытия кардии в ответ на глоток. Данные заболевания характеризуются основной триадой симптомов: дисфагия, регургитация и боль. Кардиоспазм, ахалазия кардии и первичный диффузный эзофагоспазм являются представителями нервно-мышечных заболеваний пищевода, что составляет от 7 до 20% от всех заболеваний органа.

Большинство хирургов отдают предпочтение инструментальному методу расширения кардии металлическим аппаратом Штарка (АШ), эффективность которого не превышает 75%, либо пневматическим дилататором различных конструкций, при этом число хороших и удовлетворительных результатов составляет 85-90%.

Цель: Изучить характер осложнений различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1975 по 2018 года находилось на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с ахалазией кардии. Всем пациентам с ахалазией кардии проведено комплексное обследование, которое включало эндоскопию и рентген пищевода, а также по показаниям МСКТ грудной клетки, радиоизотопное и морфологическое исследования, что позволяло установить точный диагноз, а также стадию заболевания.

На основании клинико-рентгенологической классификации Петровского Б.В больные по стадиям заболевания распределились следующим образом: I стадия – 57(6%), II стадия – 336(35,5%), III стадия – 444(46,9%) и IV стадия диагностирована у 110(11,6%) пациентов.

Результаты и обсуждения: Различные варианты кардиодилатации (пневматическая, гидробаллонная, металлическим АШ) остаются наиболее распространенным методом лечения больных с ахалазией кардии, суть которого заключается в насильственном расширении кардии для облегчения проходимости пищи в желудок. Дилатация АШ выполнена в 36(3,8%) случаях в 70-80 годах прошлого столетия, однако в настоящее время не применяется из-за своей травматичности. Предпочтение отдается пневматической – 829(87,5%) и гидробаллонной – 61(6,4%) дилатации.

Анализ непосредственных результатов миниинвазивных вмешательств показал, что у больных с I стадией хорошие результаты получены у 93%, удовлетворительные у 7%. У больных со II стадией число хороших результатов уменьшилось до 79,8%, удовлетворительные результаты получены у 20,2%. У пациентов с III стадией число хороших результатов уменьшилось до 58,3%, удовлетворительные 36% и у 5,6% - неудовлетворительные результаты. Наибольшее число неудовлетворительных результатов ожидаемо получено у 32,7% пациентов с IV стадией, при этом хорошие результаты получены только у 23,6%, а удовлетворительные у 43,6%.

Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении миниинвазивных вмешательств является обострение эзофагита, проявляющееся болями за грудиной и изжогой – у 67(7,2%), в связи с чем всем пациентам успешно проведена консервативная терапия.

Перфорация пищевода в зоне кардиоэзофагеального перехода наступила у 1 больной с ахалазией II ст во время второго сеанса кардиодилатации АШ, в связи с чем больная экстренно оперирована, выполнено ушивание дефекта пищевода с фундопликацией по Ниссену с целью предотвращения желудочно-пищеводного рефлюкса и прикрытия зоны швов, а также наложена гастростома, в послеоперационном периоде развился медиастинит, разрешившийся консервативно и пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Инвагинация желудка с просвет пищевода наступило у 1 больного с III стадией ахалазии кардии во время первого сеанса кардиодилатации из-за несмыкания браншей АП, в связи с чем пациенту выполнена лапаротомия, дезинвагинация желудка, фундопликация по Ниссену, в послеоперационном периоде развился абсцесс брюшной полости, потребовавший релапаротомии, санации и дренирования. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Частота осложнений дилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии зависит от использованных вариантов кардиодилататоров. При этом наиболее оптимальные результаты получены у пациентов после пневматической и гидробаллонной дилатации. Наиболее грозными осложнениями кардиодилатации являются перфорация пищевода и инвагинация желудка в просвет пищевода, что требует экстренного хирургического лечения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Маткулиев У.И., Ашууров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с острыми эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем дифференциального подхода к различным методам лечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ 215 клинических случаев с острыми язвенными кровотечениями, поступившие в отделение экстренной хирургии II клиники Ташкентской Медицинской Академии за период с 2012 по 2018 годы в возрасте от 18 до 83 лет. У 157 (73,0%) пациентов причиной кровотечения были острые язвы и эрозии желудка (антральный и препилорический отдел – в 117 наблюдениях, тело желудка – 16, кардиальный отдел – 7, дно желудка – 3 и задняя стенка тела и кардиального отдела желудка – 14 случаев) и у 58 (27,0%) – острая язва двенадцатиперстной кишки. Для оценки интенсивности кровотечения использована классификация J.A. Forrest. По интенсивности кровотечения все больные были распределены следующим образом: F-I-A – 7 (3,3%), F-I-B – 19 (8,9%), F-II-A – 34 (15,8%), F-II-B – 135 (62,8%) и F-II-C – 20 (9,3%) пациентов.

С целью достижения гемостаза использовали термические (монополярная, биполярная электрокоагуляция, гидрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция), инъекционные и механические (клипирование сосуда) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза зависел от интенсивности язвенного кровотечения. При кровотечениях F-II-B и F-II-C у 155 (72,1%) пациентов проведена консервативная терапия. В 21 (9,7%) наблюдениях выполнено обкалывание краев язвы, в 7 (3,3%) – электрокоагуляция, в 12 (5,6%) – аргоноплазменная коагуляция, в 9 (4,2%) – клипирование. В 11 (5,1%) случаях применялись комбинированные методы эндоскопической остановки кровотечения. Следует отметить, что в 14 (6,5%) наблюдениях впервые был произведен эндоскопический гемостаз в положении больного на правом боку при кровоточащих язвах задней стенки тела и кардиального отдела желудка.

Полученные результаты. Среди больных, перенесших эндоскопические манипуляции, первичный гемостаз был достигнут в 53 (88,3%) случаях. Рецидив кровотечения отмечено в 7 (11,7%) наблюдениях. После повторного эндоскопического вмешательства в 3 случаях достигнут окончательный гемостаз. 4 (1,9%) пациентов были оперированы на фоне продолжающегося кровотечения. Общая летальность составила 1,4% (3 наблюдения).

Заключение. Широкое внедрение существующих эндоскопических методов гемостаза, усовершенствование подходов к этим вмешательствам дали возможность сократить количество открытых операций, тем самым снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Матризаев Т.Ж

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка является одной из основных задач хирургического лечения больных портальной гипертензией. Частота летальных исходов при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка, несмотря на совершенствование лечебной тактики и внедрение

новых методов лечения, остается высокой и варьирует от 30 до 50%, достигая 60% при первом кровотечении.

Цель: изучение результатов лечения больных с кровотечениями из варикозно - расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) с помощью применения эндоскопического лигирования.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 234 пациентов с кровотечениями из ВРВПЖ. Возраст больных - от 17 до 68 лет (в среднем $42,5 \pm 2,34$). Мужчин – 163 (69,7%), женщин - 71 (30,3%). Для оценки состояния вен пищевода использовалась классификация А.Г. Щерцингера (1983). В соответствии с ней I степень ВРВ обнаружена у 18 (7,8%), II – у 87 (37,1%), III - у 129 (55,1%) больных. Стволовой тип ВРВ выявлен у 202 (86,5%), смешанный – у 32 (13,5%) пациентов. Локализация ВРВ начиная со средней трети грудного отдела пищевода, имела у 147 (62,9%), с переходом на кардиальный отдел желудка у 87 (37,1%). Наличие «красных маркеров» - отмечено в 72 (30,9%) и явления эрозивного эзофагита – диагностировано в 35 (15,2%) случаях. Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено у 77 (33,1%) больных, признаки остановившегося кровотечения (фиксированные тромбы-сгустки, белые тромбы на поверхности вен) выявлены у 157 (66,9%) пациентов.

Результаты: Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода проведено 81 (34,6%) больным. У 12 пациентов - на высоте кровотечения и в 69 случаях на фоне остановившегося кровотечения для профилактики его рецидива. Одномоментно на вены накладывали от 3 до 6 эндолигатур «спиральным» методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода снизу вверх. После эндоскопического лигирования все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1-2 дней после вмешательства. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде у наших больных осложнений не отмечено.

Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 16 (19,7%) пациентов. Пациенты в экстренном порядке были подвергнуты оперативному вмешательству (операция Пациора). После эндоскопического лигирования умерло 8 (9,8%) пациента. Причиной смерти у 5 больных явилась развившаяся постгеморрагическая анемия, у 3 - прогрессирующая печеночная недостаточность.

Выводы: таким образом, эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом остановки и профилактики рецидива кровотечения и ВРВПЖ, особенно у больных с высокой степенью операционного риска. Применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА И ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С.,
Сагираев Н.Ж., Самиев М.Б

*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП*

Диагностика закрытых повреждений живота /ЗПЖ/, представляет большие трудности, оставаясь одной из сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Позднее выявление повреждений является одной из основных причин высокой летальности, которая колеблется от 10 до 55 %. В 2012-2018гг в отделении экстренной хирургии под наблюдением находились 208 больных поступивших с ЗПЖ в возрасте от 4 до 75 лет. Из 208 больных у 64 установлено состояние алкогольное опьянения. Травмы по характеру было на фоне кататравмы, удар по животу, ДТП и др. У 59 больных ЗПЖ сочеталась с черепно-мозговыми травмами, переломами костей конечностях и костей таза, а также травма грудной клетки с переломами ребер. У 62 больных ЗПЖ ограничались

ушибом передней брюшной стенки и ушибы внутренних органов. Из 146 больных с ЗПЖ лапароскопия выполнена у 77, а лапароцентез у 22 больных. Из 77 лапароскопических исследований у 58 больных выявлено повреждение внутренних органов брюшной полости. При лапароцентезе в 22 случаях, у 17 больных из брюшной полости получено патологическая жидкость. Кроме того всем больным проводили УЗИ, рентгенологических исследований и МСКТ по показаниям. Исследование начинали с лапароцентеза проверки щарящим катетером и при диагностических сомнениях производили лапароскопию. Диагностическая достоверность лапароцентеза составила-82%, а лапароскопии-97%. После проведенного лапароцентеза при отрицательном результате оставляли дренажную трубку на 2-3 дня для динамического наблюдения. 122 больным под эндотрахеальным наркозом произведена: лапаротомия, ушивание разрыва печени, ушивание разрыва брыжейки и стенки тонкого кишечника, спленэктомии по поводу разрыва, разрыва большая эхинококковая киста правой доля печени, нефрэктомии, ушивание разрыва абдоминальной части мочевого пузыря, санации брюшной полости и др. Умерли 8 больных с политравмами тяжелым травматическим шоком, дыхательный и сердечно-сосудистой недостаточности. Ценность лапароцентеза неоценима в условиях неотложной хирургии, где нет диагностической лапароскопии. Эти методы исследования у тяжелобольных с псевдоабдоминальным синдромом позволяет избежать ненужной лапаротомии, который несомненно влияет на исход лечения.

Таким образом, лапароцентез и диагностической лапароскопии позволяет предупредить опасности и осложнения при ЗПЖ, выбрав адекватный оперативный доступ и правильную тактику в лечении этой группы больных.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Махмудов А.Х, Хужамурадов Б.Р, Мухтаров Х.А, Самиев М.Б
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

В связи со значительным ростом числа операций по поводу желчнокаменной болезни и соответственно, в связи с широким внедрением эндовидеохирургических технологий заметно увеличилась частота ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков/ЯВПЖП/, которая сейчас составляет 1 случай на 300-500 лапароскопических холецистэктомий/ЛХ/. В таких, случаях больные подвергаются неоднократным повторным оперативным вмешательствам, причем несмотря на это около 80%, из них становятся глубокими инвалидами, а летальность после реконструктивных оперативных вмешательств достигает 7-30% /Гальперин Э.И.,2015, Майстренко П.Н и др., 2016, Harrison V.L et.al.,2011/. Нами в оздоровительной клиники «Евро-мед» с ноября 2018г по август 2019г, произведена 58 больным ЛХ. Из 58 больных у 45 было хронический калькулезный холецистит; у 2 бескаменный холецистит и 11 больных поступили с острыми приступами калькулезного холецистита. Мужчин было-15; женщин-43. Возраст больных колебался от 22 до 82 лет. Все больные проходили клинко-лабораторные и инструментально-диагностические исследование. Всем больным ЛХ выполнено под общим наркозом. Из 58 больных у 2 наблюдалась осложнения тяжелое ятрогенное повреждение ВПЖХ. Приводим один пример: Больная Х.,46 лет., поступила в клинику 01.08.2019г с диагнозом: Острый калькулезный холецистит. После предварительной лечения 05.08.2019г произведена ЛХ с техническими трудностями. 07.08.19 г, из-за ухудшение состояние произведена лапаротомия, санации брюшной полости по поводу разлитого желчного перитонита. Во время ревизии выявлены полное пересечение и иссечение общего печеночного протока с большим дефектом. Наложена гепатикоеюноанастомоз/ГЮА/ по Ру на «потерянном дренаже». Послеоперационный период протекал очень тяжело, наступила диффузный гнойно-желчный перитонит и

12.08.2019г повторно взяты на операции. Во время операции выявлено гангрена трансплантата т.е, концевой части тощей кишки и несостоятельность ГЮА. Произведена транспеченочное дренирование правого печеночного протока и дренирование левого ВПЖХ, дренажные трубки выведены через стенки трансплантата и наложена позадибодочного гепатико-еюноанастомоза, санации, лаваж и дренирование брюшной полости. Проведено комплексные интенсивные терапии с переливанием эритроцитарные массы, СЗП, антибиотикотерапии и др.

Таким образом, на фоне выполнения повторной реконструктивно-восстановительной операции создан адекватный обходной путь оттока желчи в тощей кишки. ЯПВПЖХ интраоперационно не было диагностировано, Во время ЛХ при возникновении трудности необходимо переходить на конверсии.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Махмудов Н.И., Юсупов Р.Т., Шерматов Р.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Внедрение достижений научно-технического прогресса в практическое здравоохранение позволило коренным образом изменить принципы диагностики и лечения. Одним из перспективных направлений является оперативная эндоскопия. Существенную роль играет выбор метода общей анестезии, а применение при лапароскопических вмешательствах искусственного пневмоперитонеума выдвигает ряд проблем анестезиологического обеспечения, обусловленных сложным комплексом патофизиологических процессов: изменение механики дыхания вследствие поджатия диафрагмы, изменение условий кровообращения в связи с компрессией брюшной аорты и нижней полой вены, абсорбцией введенного в брюшную полость углекислого газа, положением пациента на операционном столе, действием фармакологических препаратов. Обязательным условием для проведения успешного оперативного вмешательства является рациональная анестезия.

В Ферганском филиале РНЦЭМП в хирургических отделениях выполняются: диагностическая лапароскопия при патологии органов брюшной полости, лапароскопические санации и дренирование, лапароскопические холецистэктомии, удаление кист яичников, хирургическая стерилизация. Проведен анализ 85 анестезиологических пособий за 2009-2010 гг. Из них 65 операций проводилось в экстренном и 20 в плановом порядке. Из них 52 больных с сопутствующей гипертонической болезнью. Возраст больных 50-70 лет. Больным с гипертонической болезнью проводилась премедикация. За 30-40 минут до операции в/м дроперидол, промедол, димедрол и атропин в соответствующих дозировках. Индукцию в анестезию начинали с в/в введения сибазона 0,1 мг/кг. Индукционную дозу рекофола вводили болюсно из расчёта 2 мг/кг в течение 30-40 секунд. Больным старше 55 лет индукционная доза составила 1,5-2 мг.

После миорелаксации панкурониумом 2-4 мг, и дитилином 2 мг/кг осуществляли кратковременную вспомогательную масочную вентиляцию. На фоне тотальной миоплегии производилась интубация трахеи, и начинали ИВЛ смесью N₂O и O₂ в соотношении 2:1. Поддержание анестезии осуществляли путём болюсного введения фентанила 0,001 мкг/кг, дроперидола 0,1 мл/кг. (НЛА). 6-и больным из общего числа из-за повышения АД до 180/120 мм рт. ст. после индукции в наркоз проводилась ингаляция наркотона 0,5-1,1об% вместе с N₂O и O₂ 1:1. Для ИВЛ использовали наркозный аппарат Ohmeda-7000 (США). В условиях пневмоперитонеума, как до начала, так и во время операции, мониторировали следующие параметры: АД, пульс, ЭКГ, ЧСС, температуру тела, показатели дыхания, давление в брюшной полости.

В первые 30 минут у 5 больных возникло снижение АД на 30-35%. Эти нарушения удалось своевременно ликвидировать. На наш взгляд, создание пневмоперитонеума должно происходить плавно, со скоростью 1 л/мин, и не превышать 12 мм рт.ст. у соматически здоровых пациентов и 10 мм рт. ст. у пациентов с сопутствующей патологией.

Выводы:

1. Правильно выбранный способ общей анестезии, и правильность дозировки анестетиков позволяет с меньшим риском для пациента выполнять адекватный объем оперативного вмешательства, что улучшит результаты лечения. Сокращается время пребывания этих больных на реанимационных койках.

2. При применении рекофола в комбинации с нейролептаналгезии у больных с гипертонической болезнью анестезия протекает более гладко.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Медведев А.П., Максимов А.Л., Вапаев К.Б.

Приволжский исследовательский медицинский университет. Специализированная радиохирургическая клиническая больница. Нижний Новгород. Российская Федерация

Цель: рассмотреть показания и оценить эффективность хирургического лечения острой массивной тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА), развившейся в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2019 годы в клинику госпитализировано 185 пациентов с массивной и объективно подтвержденной при ангиографии ТЭЛА. В том числе зарегистрировано 31 случаев гемодинамически значимой эмболии, развившейся в послеоперационном периоде; среди них мужчин 16, женщин 15; средний возраст 51,8 лет. В раннем послеоперационном периоде (в госпитальные сроки) венозные тромбоэмболические осложнения развились у 26 больных, в позднем (2 месяца после операции) – у 5. Для верификации источника эмболов выполняли ультразвуковое исследование, что позволяло определить риск рецидива ТЭЛА. Также оценивали признаки гипо- и гиперкоагуляции, тактически значимые сопутствующие заболевания. Во всех случаях обязательной была антикоагулянтная терапия, применение флеботоников и средств ускорения венозного возврата, лечение сопутствующих заболеваний и коррекция полиорганной недостаточности.

Результаты. Тактика лечения зависела от сроков возникновения эмболии, прошедших с момента хирургического вмешательства, сохранения риска кровотечения в зоне операции и риска рецидива эмболии, а также наличия сопутствующих заболеваний и эффективности терапии. Введение тромболитика выполнено 2 больным, у 1 ТЛТ была неэффективна, у 1 – развилось кровотечение, введение препарата было прервано, однако зафиксировано уменьшение размеров эмбола: в данном случае ТЛТ позволила улучшить состояние пациента и послужила этапом в предоперационной подготовки. Также показанием к оперативному лечению было наличие внутрисердечных тромбов/тромбоэмболов при острой ТЭЛА и необходимость коррекции значимой сопутствующей внутрикардиальной патологии и профилактики парадоксальной эмболии, возможной при наличии право-левого сброса крови, хроническая постэмболическая облитерация ЛА.

Все операции выполнялись в условиях ИК и нормотермии и без пережатия аорты. В послеоперационном периоде пациентов экстубировали в возможно более ранние сроки.

У 29 пациентов уже в раннем послеоперационном периоде отмечалась нормализация характера кровотока в ЛА, расчетное давление в легочном стволе составляло $34,37 \pm 2,11$ мм рт. ст. с последующим снижением до $25,64 \pm 3,08$ мм рт. ст. В 2 случаях аналогичные изменения произошли в более длительные сроки – в течение 4 и 6 месяцев.

Летальных исходов в этой группе пациентов не было.

Заключение. Учитывая высокий риск геморрагических осложнений тромболитической терапии, проводимой в раннем послеоперационном периоде, открытая эмболэктомия у таких пациентов является методом выбора дезоблитерации легочных артерий и дает хороший клинически и гемодинамический эффект.

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

Назиров Ф.Г.¹, Низамходжаев З.М.¹, Лигай Р.Е.¹, Цой А.О.¹, Шагазатов Д.Б.¹,
Нигматуллин Э.И.¹, Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Ахалазия кардии (синонимы: кардиоспазм, мегэзофагус или долихоэзофагус, идиопатическое расширение пищевода и др.) — идиопатическое нервно-мышечное заболевание пищевода (НМЗП), проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода.

Цель: Изучить результаты хирургического лечения больных с запущенными стадиями ахалазии кардии.

Материал и методы: В период с 1998 по 2018гг в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» по поводу запущенных стадий ахалазии кардии было выполнено 28 экстирпаций пищевода. Мужчин было 18(64,2%) и женщин 10(35,8%). Возраст больных колебался от 11 до 62 лет. Ахалазия кардии III стадии была у 4(14,3%) и IV стадии у 24(85,7%) больных.

Результаты и обсуждение: Показаниями к экстирпации пищевода у наших больных были:

-Неэффективность дилатации, т.е. непосредственно неудовлетворительный результат, когда после неоднократных (5-7) сеансов клинического эффекта пациенты не отмечают – у 8(28,6%);

-Невозможность проведения дилататора в желудок, которая оценивается на основании комплексного обследования и подтверждается при попытках проведения дилататора, когда риск повреждения пищевода превышает ожидаемый клинический эффект – у 17(60,7%);

-Стенозирующий рефлюкс-эзофагит нижней трети грудного отдела пищевода на фоне ранее перенесенной эзофагокардиомиотомии – 3(10,7%).

В 27 случае использован абдомино-цервикальный доступ, который, во-первых является менее травматичным по сравнению с торакотомией, а во вторых при ахалазии нет необходимости в двухзональной лимфодиссекции, которая более адекватна при торакотомии. В связи с этим абдомино-цервикальный доступ является предпочтительным у данной категории больных. У 1 пациентки с сопутствующим эхинококкозом правого легкого выполнена симультанная операция (эхинококкэктомия из легкого), в связи с чем, использован торако-абдомино-цервикальный доступ.

В выборе способа эзофагопластики отдаем предпочтение использованию изоперистальтической желудочной трубки из большой кривизны желудка, которая использована у 24 больных. Только у 4 пациентов для создания трансплантата использована левая половина толстой кишки в связи с невозможностью гастропластики.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения:

- бронхолегочные осложнения – у 5(17,8%) больных: пневмония у 2, экссудативный плеврит – у 3

- специфические осложнения – у 1(3,6%) больного наступила недостаточность эзофагогастроанастомоза,

Все осложнения купированы консервативными мероприятиями. Летальных исходов не наблюдали.

В отдаленном периоде в сроках от 6 месяцев до 20 лет обследованы все 28 пациентов. Только в 2(7,2%) случаях диагностировано рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза, что потребовало неоднократных курсов бужирования и дилатации с хорошим клиническим эффектом.

Заключение: Экстирпация пищевода является патогенетически обоснованным вмешательством у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии и должна быть операцией выбора у данной категории пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

Работа основана на анализе причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения острого панкреатита билиарной этиологии – 438 больных которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» и клинике АндМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно.

По предпринятой тактике лечения пациенты с билиарным ОП распределены следующим образом: группа больных, которым в качестве основной терапии выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства – 22 (9,3%), среди которых в 12 (7,6%) случаев отечной формы ОП; группа больных после традиционных операций – 51 (21,5%), в том числе 25 (15,9%) пациентов с отечным панкреатитом; и группа больных с консервативным лечением – 164 (69,2%) пациента, большинство наблюдений (120; 76,4%) отнесено к отечной форме ОП.

Зависимость характера течения билиарного ОП от различных тактик лечения с оценкой частоты и структуры различных системных осложнений представлены ниже. При этом на одного больного приходилось от 1 до 3 осложнений. Так печеночная дисфункция нарастала в 3,0% (5 наблюдений) случаях консервативного и 17,8% (13 пациентов) случаях после хирургических вмешательств. Тяжелая форма дыхательной недостаточности – ОРДС – отмечена в 4,3% (7 пациентов) случаях на фоне консервативной терапии и в 30,1% (22 наблюдения) – хирургической тактики. При этом в 2,1% (5 случаев) ОРДС диагностирован при аутопсии.

Среди значимых системных осложнений необходимо выделить также почечную дисфункцию (3,7% при консервативном и 24,7% при хирургическом лечении), ССН (2,4% и 23,3%) и сепсис (2,4% и 19,2%). В общем, из 237 наблюдений осложнения билиарного ОП выявлены у 59 (24,9%) пациентов: 19 (11,6%) – при консервативном и 40 (54,8%) – при хирургическом лечении.

Необходимо отметить, что в динамике лечения повторные операции выполнены в 45,2% случаях в группе хирургического лечения, что составило 13,9% от общего числа наблюдений (33 из 237). Характер повторных оперативных вмешательств был следующим: повторные некро- и секвестрэктомии выполнены в 17 (7,2%) случаях; лапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия после малоинвазивных оперативных вмешательств – 12 (5,1%), остановка аррозивного кровотечения – 4 (1,7%) случаях.

Общая летальность составила 11,4% (27 случаев); в группе консервативного лечения – 2,4% (4 случая), в группе хирургического – 31,5% (23 наблюдения).

Интенсивная консервативная терапия отечного билиарного ОП характеризовалась развитием системных осложнений в 7,5% (9 из 120) случаях без летальных исходов. На фоне хирургической тактики, примененной при отечной форме заболевания, осложнения развились в 32,4% (12 из 37) случаях ($\chi^2=15.399$; Df=1; $p<0,001$) с летальным исходом в 2 (1,3%) наблюдениях.

При панкреонекрозе билиарной этиологии частота развития системных осложнений составила 47,5% (38 из 80 наблюдений) с показателем летальности 31,3% (25 случаев из 80). При этом на фоне интенсивной консервативной терапии осложнения наблюдались у 10 (22,7%) пациентов с летальностью 9,1% (4 из 44), на фоне хирургического лечения – 28 (77,8%) пациентов с летальностью 58,3% (21 из 36) ($\chi^2=16,372$; Df=1; $p<0,001$).

Системные осложнения билиарного ОП отмечены у 5 (31,3%) пациентов на фоне консервативного лечения с летальностью 18,8%; в 8 (50,0%) случаях на фоне хирургической тактики у больных, сопоставимых по тяжести состояния с консервативным лечением, летальность составила 37,5%; и у 20 (100,0%) больных – на фоне хирургической тактики при более тяжелом состоянии по отношению к консервативному лечению с летальностью 75,0%.

Таким образом, в зависимости от предпринятой тактики лечения острого билиарного панкреатита частота различных системных осложнений составила 11,6% (19 из 164) при консервативной терапии и 54,8% (40 из 73) после хирургических вмешательств с уровнем летальности 2,4% (4) и 31,5% (23) соответственно, в свою очередь при отечной форме заболевания доля осложнений составила 7,5% (9) и 32,4% (12), летальности 0 против 5,4% (2) (критерий $\chi^2=15.399$; Df=1; $p<0,001$), при панкреонекрозе 22,7% (10) против 77,8% (28) и 9,1% (4) против 58,3% (21) (критерий $\chi^2=16,372$; Df=1; $p<0,001$). Указанные различия частоты системных осложнений и летальности при консервативной и хирургической тактике могут быть обусловлены с одной стороны тяжестью течения патологического процесса, когда в пределах отечной или деструктивной формы панкреатита возможен значительный разброс показателей по прогностическим шкалам и соответственно более тяжелое состояние в группе оперативной активности, однако с другой стороны, это может быть и результатом выбора неадекватного вида лечения панкреатогенных осложнений.

Сравнительный анализ результатов предпринятой тактики лечения при билиарном панкреонекрозе с учетом репрезентативности (сопоставимость тяжести течения ОП по Ranson и APACHE II: по 16 больных с консервативным и хирургическим лечением) показал, что при хирургических вмешательствах частота системных осложнений достигала 50% (8) против 31,3% (5) при консервативной тактике, летальности - 37,5% (6) против 18,8% (3), что доказывает непосредственное влияние оперативного вмешательства не только на попытку ликвидации местных панкреатогенных осложнений, но и с другой стороны на риск прогрессирования основного патологического процесса и панкреатит-ассоциированных системных осложнений.

Эффективность интенсивного консервативного лечения билиарного ОП составила 88,4%, тогда как при хирургическом лечении стабилизация состояния пациентов наблюдалась в 64,4% случаях ($\chi^2=18.965$; Df=1; $p<0,001$). Прогрессирование патологического процесса отмечено в 11,6% (19 из 164) случаях консервативной терапии и 35,6% (26 из 73) – хирургического лечения.

При консервативной тактике лечения трансформация отечного панкреатита в стерильный панкреонекроз отмечена в 6,7% (11 из 164) случаях, при хирургической – в 11,0% (8 из 73). Трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный наблюдалась в 4,9% (8 из 164) и 19,2% (14 из 73) случаях консервативного и хирургического лечения соответственно ($\chi^2=17.590$; Df=3; $p<0,001$). Прогрессирование гнойно-септических осложнений имело место в 35,6% (26 из 73) случаях при

хирургической тактике лечения, тогда как на фоне консервативного лечения таковые осложнения не были отмечены.

При оценке основных показаний к хирургическому лечению билиарного ОП и его осложнений выделено три группы: вынужденные вмешательства (34 из 73), необоснованная хирургическая тактика (31 из 73) и несвоевременный переход с консервативной терапии на хирургическое лечение (8 из 73).

В группе вынужденных вмешательств стабилизация состояния больных отмечена в 31,5% (23 пациента), прогрессирование процесса – в 15,1% (11), при этом ПОН прогрессировала в 24,7% (18) случаях. Показаниями к хирургии послужили ущемленный камень БДС с неэффективной эндоскопической попыткой, перитонит, инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс и забрюшинная флегмона. Причем, наибольший процент прогрессирования ПОН наблюдался при инфицированном панкреонекрозе и забрюшинной флегмоне (16,4% и 12,3%).

Необоснованная хирургическая тактика была предпринята при выпоте в сальниковой сумке или ограниченных жидкостных скоплениях без признаков инфицирования процесса (9 случаев; 12,3%); холедохолитиазе на фоне не купированного ОП (5 наблюдений; 6,8%); очаговом панкреонекрозе без инфицирования (5 наблюдений; 6,8%); при выпоте в брюшной полости без клиники перитонита (4 случая; 5,5%); и на фоне панкреатогенного шока без признаков инфицирования (8; 11,0%). Стабилизация состояния больных отмечена в 28,8% (21), прогрессирование процесса – в 13,7% (10), при этом ПОН прогрессировала в 20,5% (15) случаях.

Несвоевременный переход с консервативной терапии на хирургическое лечение отмечен в 11,0% (8 из 73) случаях: при стойкой или прогрессирующей ПОН на фоне ССВО независимо от факта инфицирования при проведении компетентной консервативной терапии более 7 суток в 4,1% (3 из 73) случаях и при попытке консервативного лечения гнойно-некротических осложнений ОП без положительной динамики в течение 3 суток в 6,8% (5 из 73) случаях.

При этом в 4,1% (3) случаях отмечена стабилизация состояния пациентов, в 6,8% (5) – прогрессирование заболевания, в 9,6% (7) – прогрессирование ПОН.

В структуре всех хирургических вмешательств по поводу острого билиарного панкреатита определено, что адекватная по объему и времени выполнения тактика была предпринята только в 46,6% (34 из 73) случаев, у 11,0% выявлен несвоевременный переход с консервативной терапии, а у 42,5% (31) больных установлена переоценка показаний к операции на фоне панкреатогенных осложнений, требующих динамического консервативного наблюдения.

В группе консервативного лечения стабилизация ОП наступила в 88,4%, прогрессирование – 11,6%, а прогрессирование ПОН – в 6,7% случаях. Своевременное вмешательство позволило добиться стабилизации патологического процесса в 67,6% (23 из 73) случаев, прогрессирование панкреатита отмечено у 32,4% (11) больных, а системных панкреатогенных осложнений у 52,9% (18) пациентов с уровнем летальности - 44,1% (15 из 34 больных).

В свою очередь необоснованная хирургическая тактика обусловила в 32,3% случаев прогрессирование патологического процесса, а системных осложнений у 48,4% (15 из 31) пациентов с летальностью 19,4% (6).

Летальность при проведении консервативной терапии составила 2,4% (4 из 164), при хирургическом лечении на фоне тяжести течения ОП – 35,3% (12 из 34), при необоснованной хирургической тактике – 19,4% (6 из 31), при позднем оперативном лечении – 62,5% (5 из 8).

Заключения. Различия частоты системных осложнений и летальности при консервативной и хирургической тактике могут быть обусловлены с одной стороны тяжестью течения патологического процесса, когда в пределах отечной или деструктивной формы панкреатита возможен значительный разброс показателей по

прогностическим шкалам и соответственно более тяжелое состояние в группе оперативной активности, однако с другой стороны, это может быть и результатом выбора неадекватного вида лечения панкреатогенных осложнений.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З.М.¹, Лигай Р.Е.¹, Цой А.О., Шагазатов Д.Б.¹, Хаджибаев Ж.А.¹,
Файзуллаев О.А.¹, Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.²

¹ГУ «РСПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

²Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Среди консервативных методов лечения особая роль отводится методам инструментального воздействия. Форсированное расширение кардии с помощью гидростатических, а позднее металлических и пневматических кардиодилаторов простейших конструкций получило распространение с конца XIX - начала XX столетия. При дилатации происходит насильственное расширение кардии за счет частичного надрыва мышц кардии со снижением давления покоя в зоне барьера, что улучшает проходимость пищи по пищеводу, т.е. устраняется основной симптом заболевания – дисфагия.

Цель: Изучить отдаленные результаты различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1975 по 2018 года находилось на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с ахалазией кардии. Возраст больных был от 12 до 84 лет. На основании клинико-рентгенологической классификации Петровского Б.В. больные по стадиям заболевания распределились следующим образом: I стадия – 57(6%), II стадия – 336(35,5%), III стадия – 444(46,9%) и IV стадия диагностирована у 110(11,6%) пациентов. Таким образом, количество больных с запущенными III и IV стадиями составило 554(58,5%).

Результаты и обсуждения: Больным с ахалазией кардии использованы следующие варианты миниинвазивного лечения: кардиодилатация и бужирование. Различные варианты кардиодилатации (пневматическая, гидробаллонная, металлическим аппаратом Штарка) остаются наиболее распространенным методом лечения больных с ахалазией кардии, суть которого заключается в насильственном расширении кардии для облегчения проходимости пищи в желудок. Дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36(3,8%) случаях в 70-80 годах прошлого столетия, однако в настоящее время не применяется из-за своей травматичности. Предпочтение отдается пневматической – 829(87,5%) и гидробаллонной – 61(6,4%) дилатации.

Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7(0,7%) больным, однако оно не является методом лечения данной категории пациентов и использовалось только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.

Общее число хороших результатов миниинвазивных методов лечения составило 606(64%), удовлетворительные – у 280(29,5%) и неудовлетворительные – у 61(6,4%). Особую сложность представляют пациенты с неудовлетворительными результатами, которые получены у 61 из 947 больных, что составило 6,4%. Среди причин неудовлетворительных результатов, мы выделяем следующие:

1. Невозможность проведения миниинвазивных методов лечения устанавливается на основании комплексного обследования больных, при этом отмечается выраженная эзофагоэктазия как пищевода, так и самого кардиоэзофагеального перехода, когда имеется большой риск возникновения перфорации пищевода, в связи с чем, даже не выполняется попытка проведения дилатора. Невозможность миниинвазивных методов

лечения в структуре неудовлетворительных результатов составила 22,9% (14 больных), все они были с IV стадией заболевания.

2. Неудачи при попытках проведения дилататора через кардию в структуру неудовлетворительных результатов установлены у 26,2% (16 больных) и возникают по двум причинам:

- из-за выраженных рубцовых изменений в кардии на фоне спазма, в результате чего жесткости кардиодилататора недостаточно для преодоления сопротивления кардии;
- из-за S образной деформации кардии, когда кончик дилататора не удается довести до просвета кардии.

3. Отсутствие эффекта от дилатации – составило чуть более половины случаев 50,8% (31 больных) причин неудовлетворительных результатов. При этом у больных удается провести дилататор через кардию, однако после неоднократных сеансов кардиодилатации не отмечается какого-либо клинического улучшения проходимости пищи, связанного с полной потерей перистальтической активности мышц пищевода и за счет так называемого эффекта «резиновой кардии», когда сразу после дилатации вновь наступает спазм кардии.

У 61 пациента с неудовлетворительными непосредственными результатами миниинвазивных методов проведены следующие варианты лечения:

- экстрамукозная эзофагокардиомиотомия в различных модификациях – 15 больным;
- интраоперационная дилатация кардии – 1 больной;
- операция Марведеля-Венделя – 1 больной;
- резекция кардии с формированием эзофагогастроанастомоза – 2 больным;
- экстирпация пищевода с одномоментной пластикой – 17 больным;
- отказ от операции – 25 больных.

Заключение: Причинами неудовлетворительных результатов миниинвазивных методов лечения больных с ахалазией кардии являются невозможность дилатации, неудачи при попытках проведения аппарата через кардию и непосредственно неудовлетворительных результатов проведенного курса расширения кардии. Количество неудовлетворительных результатов зависит не от способа кардиодилатации, а от степени запущенности заболевания, проявляемого S-образным искривлением как пищевода, так и кардии. При неэффективности и невозможности кардиодилатации необходимо хирургическое лечение, при этом вариант операции зависит от степени запущенности заболевания.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Улучшить результаты послеоперационных осложнений и рецидивов при эхинококкозе печени путем использования малоинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты обследования и лечения 308 больных по поводу ЭП, оперированных в период с 2013 по 2019 г. на базе кафедры хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института.

Поражение правой доли печени отмечено у 197 (63,9%) пациентов, левой доли у 77 (25%), сочетанные с поражением правой и левой доли у 34 (11%). Мужчин было 125, женщин 183, возраст больных от 18 до 72 лет, в среднем (42,3 ± 6,8) года. У всех больных проведены общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и у 164 - компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. У 17 (5,5%) больных использовали лапароскопический

доступ, у 237 (77%) лапаротомный, у 54 (17,5%) пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ методика (PAIR-PD), при этом применяли местную анестезию 2% раствором лидокаина. Длительность дренирования от 3 - 8 нед до 6 месяцев в зависимости от размеров кист, а также возникших послеоперационных осложнений. После операции, начиная с третьего дня, пациентам назначали альбендазол по схеме (в среднем по 1 таблетке 400 мг один раз в сутки) в течение 4 нед с обязательным сочетанием гепаптопротектора Гептрал или ГептаМерц.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось выполнить у всех 17 пациентов. Продолжительность операции составила от 35 до 120 мин, в среднем $42,5 \pm 6,3$ мин. Конверсия в лапаротомию не потребовалась. Продолжительность лечения больного в стационаре составило от 2 до 6 дней, в среднем $(3,7 \pm 1,1)$ дня. После лапаротомной эхинококкэктомии продолжительность лечения больного в стационаре составила в среднем $(9,4 \pm 3,2)$ дня. Пункционный метод лечения паразитарных кист использовали при их интрапаренхиматозном расположении преимущественно в II, III VII и сегментах, диаметре до 5 см. При использовании пункционного метода хорошие результаты достигнуты у 50 (16,2%) пациентов. У 2 (3,7%) пациентов выполнены повторные пункционные вмешательства из-за не эффективного функционирования дренажа и нагноения остаточной полости.

Выводы. Таким образом, использование эффективных хирургических миниинвазивных доступов путем использования лапароскопических и пункционных методов, позволила значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и избежать послеоперационной летальности и в 3 раза уменьшить частоту рецидивов, до 1,3% - в последние 8 лет.

ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Отамуротов Б.Ш. Алланазаров А.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир панкреатитнинг билиар генези беморларнинг 45% ида учрайди. Панкреатобилиар тизимнинг анатомик ва функционал уйғунлиги ўт-тош касалликларига (ЎТК), холедохолитиазга, ўт йўллари стеноз ёки спазмларига, ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичини яллиғланишига сабаб бўлади. Шу туфайли ўткир билиар панкреатит билан касалланган беморларда эндоскопик папиллосфинктеротомиянинг қўлланилиши натижаларини ўрганиш муҳим аҳамият касб этмоқда..

Тадқиқот мақсади. Ўт тош касаллиги генезида кечувчи Ўткир билиар панкреатит билан касалланган беморлар диагностикаси ва эндохирургияк даволаш алгоритмларини ишлаб чиқишга эътибор қаратиш

Тадқиқот вазифалари:

Умумий ўт йўли ва катта дуоденал сўрғич обтурацияси билан бошланган ўткир билиар панкреатитни эндоскопик даволаш усулларини бажариш оптимал муддатларини ва қўллаш учун кўрсатмаларни ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материали сифатида 2016-2018 йилларда 1-сон Республика клиник шифохонасига тезкор ҳолатда келган ўткир панкреатит билан касалланган 76 нафар бемор ўрганилди. Шулардан 42 таси аёл, 34 таси эркак. Беморлар ёши 18 дан 80 гача, ўртача 53,8 ёшни ташкил қилди.

Бизнинг эндоскопик маълумотларга кўра, ЎБП да 100% да КДС (катта дуоденал сўрғич) конкрементлар туфайли обтурацияси, чандиқли папиллостенози -76% да, холедохнинг интрамурал бўлими гипертензияси белгилари-64% да, парапапиляр бўлими имбибицияси-22 %да, парапапиляр дивертикул-6%да, КДС аденомаси-4%да, Бильрот-2 бўйича ошқазон резекциясидан кейинги ҳолат-3%да аниқланган.,

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияда

Ампуляр бўлимга тикилган конкрементлар-100%, ўт чиқиш йўллари дилатацияси-100%, умумий ўт йўли конкрементлари-33%, Мириizzi синдроми-1%, холецистолитиаз-10%, холедох дистал бўлими стенози-14%, холангит белгилари-100%, пуфак йўлининг тўмтоқ жойи-3% аниқланган.

Хулосалар.

Ўткир билиар панкреатит диагностикасида эндоскопик усуллари қўллаш ва даволашнинг оптимал муддати касалликнинг илк клиник белгилари пайдо бўлгандан кейин биринчи 24 соатни ташкил этади. Эндоскопик папиллосфинктеротомия учун ўт тошлари натижасида катта дуоденал сўргичнинг ўткир окклюзияси ва ўн икки бармоқ ичакка ўт тушмаётганлиги кўрсатма бўлади.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С., Кодиров У.С., Косимов У.У., Гойибов Ж.Б., Мехриддинов М.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухарский детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность: в современной медицине в настоящее время отмечается использование новых достижений науки, одним из которых является эндоскопическая хирургия.

Цель работы: улучшение диагностики и определение эффективности результатов хирургического лечения с применением лапароскопической техники в хирургии детского возраста.

Материалы и методы: в клинической базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института за 2018 год на обследовании и лечении находились 2518 больных с различными хирургическими патологиями в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет. Из них 1958 больным проведено оперативные методы лечения. Из общего числа госпитализированных больных лапароскопические операции применили у 19 (0,8%) больных детей в плановом порядке. Лапароскопическое удаление неосложненной эхинококковой кисты печени была проведена 4 (21%) больным. Лапароскопическое устранено аномалия урахуса по поводу неполного зарощения у 2 (10,5%) больного, в 1-ном (5,3%) случае произведено лапароскопическое холецистэктомия, в 11-х (57,9%) случаях было произведено лапароскопическая перевязка и пересечение варикозно-расширенной вен семенного канатика, у 1-го (5,3%) больного с острой спаечной кишечной непроходимостью была произведена лечебно-диагностическая лапароскопия с разъединением спаек и восстановлением пассажа кишечника. Послеоперационное течение прооперированных больных протекало без осложнений, раны зажило первичным натяжением.

Вывод: таким образом, применение лапароскопии в хирургии у детского возраста не только оправдано, но и целесообразно благодаря максимальным диагностическим возможностям, уменьшением травматичности вмешательства, улучшением косметического эффекта, уменьшением пребывания больных в стационаре и скорейшей восстановлением физической активности больных.

ИСПОЛЗОВАНИЕ МИНИ ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Раупов Ф.С., Аслонов А.А., Мехриддинов М.К., Косимов У.У., Кодиров У.С.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность: Своевременная диагностика, организация и оказание целенаправленной медицинской помощи, уменьшение инвазивности и травматичности оперативных вмешательств при лечении новорожденных с хирургической патологией является актуальной проблемой.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения врожденных патологий мочевыводящих путей (ВПМВП) с использованием миниинвазивных технологий у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В отделении неонатальной хирургии Бухарского детского многопрофильного медицинского центра за 2018 год на обследовании и лечении находились 184 больных с различными хирургическими патологиями в возрасте 1-го дня до 3-х месяцев. Из них у 24 (13%) больных обнаружено ВПМВП. В большинстве случаев в диагностике ВПМВП первоначальным методом обследования является УЗИ. Данная патология диагностировано в антенатальном периоде у 17 (70,8%) больных при УЗИ, что позволяет начать лечебно-диагностические манипуляции в более ранних стадиях заболевания. У остальных 7 (29,2%) клиническими проявлениями больных ВПМВП было беспокойства ребенка, часто во время мочеиспускания, и их диагностировали случайно.

Результаты исследования и их обсуждение: врожденный гидронефроз диагностировано у 13 (54,2%) из 24 больных. У остальных 11 (45,8%) обнаружено врожденный уретерогидронефроз, из них у 3-х (12,5%) больных обнаружено уретероцеле с односторонним уретерогидронефрозом. Всем 3-м больным произведено трансуретральное иссечение слизистой уретероцеле в без сосудистой зоне с использованием мини инвазивных технологий. Послеоперационное течение у этих больных без особенностей. На теле больных отсутствует следы манипуляций. В отдаленном периоде исследование жалоб со стороны органов мочевого выделения жалоб отсутствует. У 3-х (12,5%) больным произведено антирефлюксная операция по Коэн, у остальных 5 (20,8%) больных по Политано-Либтедда.

Вывод: Таким образом, анализ ближайших результатов хирургического лечения ВПМВП у детей раннего возраста показал правомочность ранней коррекции порока с применением мини инвазивных технологий.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Рахимий Ш.У.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты диагностики и лечения больных с спонтанным пневмотораксом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Спонтанный пневмоторакс является одной из причин госпитализации больных с ургентной легочной патологией в специализированные торакальные и общехирургические отделения и составляет до 12% всех пациентов, поступающих с острыми заболеваниями органов груди. Частота спонтанного пневмоторакса по данным разных авторов составляет от 1 до 18 случаев на 100000 населения в год (Б.И.Медведевский, 1970; М.Н.Мясников, 1975; А.А.Кабанов, 1989; R.J.Elfeldt et al., 1994). В 1937 г. Sattler A. при проведении торакоскопии

обнаружил буллы, прилегающие к висцеральной плевре, и предположил, что ведущая к первичному спонтанному пневмотораксу утечка воздуха связана с этими буллами. С этого момента хирургическое удаление булл считалось необходимой составляющей лечения первичного спонтанного пневмоторакса.

Среди пациентов с выявленным спонтанным пневмотораксом, безусловно, преобладают мужчины (до 86%) трудоспособного возраста. Возраст пациентов колеблется от 14 до 70 лет, в среднем 35 лет.

Лечение больных включает два этапа. Первый направлен на устранение жизнеугрожающих последствий пневмоторакса и расправление легкого, второй (противорецидивный) – на исключение развития рецидива заболевания.

Проведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 67 пациентов с спонтанным пневмотораксом госпитализированные в отделении экстренной хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП с 2014г по 2019г. Все больные были разделены на две группы. В первую группу больных (контрольную) были включены 38 больных, у которых для ликвидации пневмоторакса использовались дренирование плевральной полости. У пациентов второй группы (29 больных) лечебные мероприятия начинали с дренирования плевральной полости и последующей лечебно-диагностической торакоскопией с устранением причины пневмоторакса, индукцией плевродеза и дренированием плевральной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностические находки при торакокопии сопоставлены с данными полученными при компьютерной томографии, выполненной в послеоперационном периоде. При этом несовпадения в верификации изменений легочной паренхиме имели место у 5 больных с буллезными изменениями, локализованными в толще легочной ткани. У пациентов второй группы выполнены следующие оперативные вмешательства: диатермокоагуляция или прошивание булл у основания - 18 пациентов, видеоассистированное ушивание легкого (торакоскопия с миниторакотомией) - 6 пациента, торакотомии не выполнялись, адгезиолизис – у 5. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Операции завершались индукцией плевродеза. Для склерозирования плевральной полости использовали термический плевродез или плеврэктомию. Рецидивы заболевания в течение первого года после выписки пациентов из стационара имели место у 8 больных контрольной группы. В основной группе рецидивов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение торакоскопических вмешательств при спонтанной пневмотораксе позволяет уточнить степень и распространенность изменений легочной ткани, выполнить радикальное минимально травматичное оперативное вмешательство и улучшить функциональный исход.

ПОКАЗАНИЯ К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Сапаев Д.А. Сабиров А.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Проведение малоинвазивного дренирования брюшной полости с целью эвакуации экссудата при остром деструктивном панкреатите в современных условиях развития медицины считается целесообразным. Отведение жидкости из живота в сочетании с консервативной терапией нередко является эффективным и приводит к выздоровлению. Однако в ряде случаев данных мероприятий недостаточно без прямого дренирования сальниковой сумки .

Материалы: В нашем центре с 2014 по 2018 годы пролечены 65 пациента с острым панкреатитом. Из 65 больных отечная форма острого панкреатита выявлена у 42 (64,6%),

деструктивная — у 23 (35,4%) пациентов. При деструктивном панкреатите лапароскопия, как первичное оперативное вмешательство, проведена у 12 больных. Основными показаниями для проведения лапароскопии были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ. В большинстве случаев лапароскопия носила и лечебный характер. Основными признаками острого деструктивного панкреатита являются в порядке убывания по частоте: 1. Экссудат в брюшной полости — 11 (91,6%) пациентов. 2. Очаги стеатонекроза — 8 (66,6%). 3. Отек забрюшинного пространства — 4 (33,3%). 4. Выбухание сальниковой сумки — 2 (16,7%).

Результаты: На основании проведенных исследований определены неблагоприятные макроскопические признаки изменений в брюшной полости при лапароскопии, при наличии которых проводили дренирование сальниковой сумки: 1. Геморрагический характер экссудата. 2. Значительное количество экссудата в различных областях брюшной полости. 3. Наличие очагов стеатонекроза. 4. Выбухание сальниковой сумки. Все указанные признаки свидетельствуют о тяжелом течении заболевания. Холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки при первичной лапароскопии выполнено 11 больному, только дренирование сальниковой сумки 31 больному. Средняя летальность среди больных Острого Деструктивного панкреатита составила 26,1%. В аналогичной группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена лапаротомия (11 человек), умерли 5 (45,5%).

Выводы: Таким образом, на основании совокупности макроскопических патологических находок при диагностической лапароскопии можно определить показания для дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Сапаев Д.А. Сабиров А.К. Абдуллаев Д.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования : провести анализ результатов применения и оценить эффективность чрескожных чреспеченочных вмешательств выполненных у больных механической желтухой.

Материал и методы. На базе Хорезмского Областного Кардиологического центра Чрескожные чреспеченочные вмешательства за период с 2016 по первой половине 2019 года выполнены 44 больным механической желтухой. Из них 16 (36,4%) женщин и 24 (63,6%) мужчин, средний возраст — 60,5 года. Продолжительность желтушного периода составляла 4—19 дней, в среднем — 9,4 дня. При поступлении тяжелое состояние было у 28 больных (64%), средней тяжести — у 16 (36%). Уровень билирубина составлял от 80,4 до 280 мкмоль/л, в среднем — 156,4 мкмоль/л. Механическая желтуха опухолевого генеза имела место у 32 (72,7%) больных и неопухолевого — у 12 (27,3%). Опухоли локализовались в головке поджелудочной железы — у 21 (47,7%), в воротах печени у 5 (11,4%), в печени у 3 (6,8%), в большом дуоденальном сосочке у 3 (6,8%). Причинами желтухи неопухолевого генеза были холедохолитиаз у 8 (18,2%) и стриктуры внепеченочных желчных путей у 4 (9,1%) больных.

Результаты. Учитывая тяжесть состояния больных и длительность желтухи, в течение первых суток с момента поступления больного в стационар выполняли дренирование желчных путей. Всем больным первичным этапом была произведена эндоскопическая попытка разрешения механической желтухи, при неудаче которой мы использовали чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков. Данная методика выполнялась на ангиографической установке фирмы SIMENS AXIOM ARTIS (ФРГ), с использованием дренажных наборов фирмы COOK (США). Во всех случаях

выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию через правый боковой доступ. Под рентгенконтролем, иглой ЧИБА 18G производили пункцию расширенных внутрипеченочных желчных протоков, при попадании иглы в протоки происходило истечение желчи. Выполнялась холангиография, устанавливалась причина механической желтухи и далее выполнялось наружное дренирование желчевыводящих путей. Чрескожную чреспеченочную холецистостомию выполнили 5 (11,4%) больным и холангиостомию — 38 (86,4%). В качестве предоперационной подготовки чрескожные чреспеченочные вмешательства были выполнены 18 больным, после чего были произведены радикальные и паллиативные хирургические операции. Реканализацию стриктуры в результате опухолевого поражения удалось провести 3 больным. 8 больным была произведена радикальная операция, а паллиативная операция — 7 больным. Продолжительность дренирования желчных путей для предоперационной подготовки составляла в среднем 14,2 дня, к этому периоду времени уровень билирубина снижался до 36,5 мкмоль/л. Применение ЧЧХС позволяло эффективно проводить лечение этой группы больных в два этапа. Осложнения отмечены у пятерых (11,4%). У одного больного попытка ЧЧСС не удалась, наблюдалось повреждение желчного пузыря с развитием перитонита, больной был оперирован — лапаротомия, у 1 больной возникла дислокация дренажа с желчеистечением и кровотечением в брюшную полость, что потребовало повторной установки дренажа и лапароскопической санации брюшной полости. У двух (1,9%) больных — гемобилия, которая была остановлена консервативными мероприятиями. У одного больного не удалось установить катетер в желчные пути. Летальных исходов, связанных с выполнением ЧЧХС, не наблюдалось.

Вывод. Преимуществом ЧЧХС является возможность одномоментного, малоинвазивного, надежного выполнения декомпрессии желчных путей при механической желтухе различного генеза. ЧЧХС является эффективным методом в комплексном лечении механической желтухи опухолевого и неопухолевого генеза, позволяющим снизить желчную гипертензию, стабилизировать состояние больных для последующего выполнения хирургического этапа.

МОДИФИКАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОМ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Топузов Р.Э., Круглов А.Н.

*ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова*

Введение: Послеоперационные вентральные грыжи на сегодняшний день являются актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Так, по данным некоторых авторов (Le Huu Nho R, Mege D, Ouaiïssi M, Sielezneff I, Sastre B. Incidence and prevention of ventral incisional hernia. J Visc Surg. 2012 Oct;149(5 Suppl):e3-14.), до 9,9% лапаротомий приводят к формированию послеоперационных грыж. На сегодняшний день предложено множество способов пластики послеоперационных вентральных грыж. Так, в последние десятилетия широкое распространение получила лапароскопическая внутрибрюшинная пластика сетчатым эндопротезом (ПРОМ). В ходе данной операции грыжевые ворота закрываются интраперитонеально установленным сетчатым эндопротезом с широким перекрытием (не менее 5 см) краев дефекта. По мнению авторов, этот способ обладает определенными недостатками. Так при отсутствии интраоперационного исследования экскурсии мочевого пузыря, имеется риск фиксации композитного сетчатого эндопротеза в области стояния дна заполненного мочевого пузыря, что повышает вероятность подворота нижнего края композитного сетчатого эндопротеза, что является высоким риском рецидива вентральной грыжи, а также развития спаек между композитным сетчатым эндопротезом и органами брюшной полости, что, в свою очередь, является риском развития нарушения кишечной проходимости и хронических абдоминальных болей.

Цель и задачи: целью изобретения является улучшение результатов выполнения ПРОМ пластики путем снижения риска подворота каудальной части сетчатого эндопротеза, установленного внутривентриально.

Задачи:

- Снижение риска возникновения спаек между композитным сетчатым эндопротезом и органами брюшной полости, что, в свою

РОЛЬ ЭВЛК ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тухтаев Ж.К., Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Алимов Ж.И.
СамГосМИ

Актуальность. С улучшением качества жизни и промышленности растет число заболеваемости варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК). Для улучшения эстетических требований в медицине расширяется использование миниинвазивных методов диагностики и лечения.

Цель исследования. Определить эффективности эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при ВБ нижних конечностей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 67 больных. Женщин было 49 (73,1%), мужчин 18 (26,9%). Возраст пациентов были от 19 до 64 года. Для определения эффективности ЭВЛК мы провели сравнение результатов лечения в 2-х группах больных. Первую (основную) группу составили 39 (58,2%) больных, которым было проведено комбинированное ЭВЛК. В контрольную группу вошли 28 (41,8%) пациентов, которым выполнили традиционную флебэктомию.

Всем пациентам проведено анкетирование по опроснику в послеоперационном периоде через 2-3 сутки и 6-12 месяцев. Сравнительная оценка результатов лечения определялось на основании следующих критериев: наличие болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде; частота послеоперационных осложнений; восстановление и сроки трудовой деятельности после операции; частота рецидива варикозного расширения подкожных вен, а также, косметический эффект.

Результаты и обсуждение. Перенесенных ЭВЛК боли отмечено всего у 5 (12,8%) из 39 больных. Из 28 больных после флебэктомию традиционным способом у 17 (60,7%) отмечались боли. Частым послеоперационным осложнением в обеих группах больных были гематомы. В основной группе больных гематомы на бедре были незначительными (до 5%) чем у пациентов контрольной группы (16%), гиперпигментация кожи и экхимозы значительно больше наблюдались у пациентов контрольной группы. В основной группе больные приступали к работе на 6-10 сутки после операции, тогда у пациентов контрольной группы 10-22 дней в среднем $15 \pm 4,1$ дней. Косметический эффект обычно определялись после 6 месяцев после операции. Наиболее негативные жалобы со стороны больных контрольной группы был наличие грубых послеоперационных рубцов, что не было после ЭВЛК.

Выводы. По результатам оценки, выявлено, что наилучшие показатели качества жизни как минимальные послеоперационные травмы, частота осложнения низкие и быстрое восстановление трудоспособности отмечалось у пациентов после ЭВЛК, чем традиционной флебэктомии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО -РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Уроков Ш.Т. Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Болтаев Н.Р.
БухМИ, Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: показать роль эндоскопического лигирования (ЭЛ) в лечении кровотечений из варикозно - расширенных вен пищевода при ургентных ситуациях на базе Бухарского филиала РНЦЭМП.

Материалы и методы. Наши данные основаны на опыте эндоскопического лечения 256 пациента с варикозным расширением вен пищевода за период с марта 2013 года по декабрь 2018 года. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет, мужчин – 137 (53,5%), женщин – 119 (46,5%).

Нами эндоскопические лигирование применялось пациентам, поступившим в клинику с острым массивным пищеводным кровотечением у 212 больных. У остальных 44 пациентов из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блекмора - Сенкстакена и госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. После относительной стабилизации пациента на следующие сутки проводилась отсроченная эндоскопия с лигированием вен с приостановившемся кровотечением и вен у которых был риск кровотечения.

Лечение острого кровотечения из ВРВ (рекомендации Vaveno V). При восполнении ОЦК используют осторожное введение СЗП. Трансфузия эритроцитной массы для поддержания гемоглобина 80 г/л. Профилактика печеночной энцефалопатии.

Назначали атенолол нитроглицерин, соматостатин (Октреотид) вводится первоначально болюсно в дозе 50 -100 мкг, затем переходят на длительную внутривенную инфузию в дозе 25 - 50 мкг/ч в течение 5 - 7 дней;

Результаты и обсуждение. Выполнено 348 сеансов лигирований 256 пациенту с варикозным расширением вен пищевода II-III степени (максимальное количество лигирований у двух пациентов – 3). Для лигирования мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы Wilson Cook Shooter MBL – 6 - PK и EZY Shoot QF-OVL.

Рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода после первого этапа ЭЛ возник у 15(5,8%) больных через 1-2 месяца после вмешательства, что послужило показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения. В 10 случаях (3,9%) отмечались летальные исходы. Госпитальная летальность составила 3,9%.

Таким образом, ЭЛ варикозно-расширенных вен пищевода вследствие его малоинвазивности и малотравматичности, безусловно, является методом выбора лечения и профилактики пищеводного кровотечения портальной гипертензии, так как достигается быстрый эффект эрадикации вен при малом количестве осложнений.

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Уроков Ш.Т. Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Бурунов Ш.У.
БухМИ, Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Определение эффективности поэтапного подхода к хирургическому лечению острого калькулезного холецистита и его осложнений.

Материалы исследования: В работе представлены результаты анализа 3265 случая оперативного лечения острого калькулезного холецистита (ОКХ) в Бухарском филиале РНЦЭМП за период 2010 – 2019гг. Из 2855 больных, женщин – 2481 (76%), мужчин – 784 (24%). Возраст больных от 22-89 лет.

В клинико-лабораторных показателях у больных отмечалось повышение общего билирубина от 35 мкмоль/л до 620 мкмоль/л.

Результаты: В нашем центре (начиная с 2010 года) используется практически весь спектр как диагностических, так и лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии. Основными являются: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция и литотрипсия, назобилиарное дренирование и стентирование. С 2017 года широко используется метод ЧЧХГ и ЧЧХС.

У больных с ОКХ осложненной механической желтухой на первом этапе было выполнено 712 ЭРХПГ и ЭПСТ, в том числе с литоэкстракцией (654) больных. При неэффективности первого этапа лечения методом ЭРПХГ и ЭПСТ (парапапиллярный дивертикул, конкремент более 1,5-2 см, протяженный стеноз ТОХ, неэффективность механической литотрипсии) выполняли ЧЧХС 15 больным (с 2017гг). У больных с гнойным холангитом выполнено 15 назобилиарных дренирований для оттока и промывания желчных ходов антисептическими растворами. Далее в сроки от 3 – до 7 суток в более благоприятных условиях выполнялся второй этап, ЛХЭК или ТХЭК.

Выводы. При выявлении патологии со стороны внепеченочных желчных путей хирургическое лечение должно проводиться в два этапа: первым этапом является эндоскопическая коррекция выявленной патологии (антеградные и ретроградные), второй этап ЛХЭК или ТХЭК.

ТАКТИКА ПЕРФОРАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Перфоративная язва – одно из тяжелейших и опасных для жизни осложнений язвенной болезни, ведущее к быстрому развитию разлитого перитонита. Если у больного выявляется триада основных признаков (язвенный анамнез, характерная боль и ригидность брюшной стенки), то постановка диагноза перфоративной язвы на догоспитальном этапе СМП не представляет особых трудностей. Однако нужно всегда помнить о случаях атипичного течения заболевания. Кроме того, следует целенаправленно проверять специфичные для прободной язвы перкуторные признаки: симптом Жобера – исчезновение печеночного притупления и симптом Спигарского – определяется зона высокого тимпанита в эпигастральной области. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе включает обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами). Инфузионная терапия включает внутривенное капельное введение раствора натрия хлорида 0,9% – 400 мл, раствора глюкозы 5% – 400 мл. Запрещается введение обезболивающих препаратов! Перед медицинской эвакуацией необходимо ввести желудочный зонд и без промывания удалить желудочное содержимое.

Протокол диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы в отделении скорой медицинской помощи стационара или в приемном отделении заключается в следующем: 1) Основанием для установления диагноза перфоративной язвы является сочетание минимум двух следующих выявленных признаков: а) типичная клиническая картина (внезапные интенсивные боли в животе, типичный язвенный анамнез, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение печеночного притупления); б) обнаружение на обзорной рентгенограмме живота или УЗИ свободного газа в брюшной полости. 2) В сомнительных ситуациях выполняют ФГДС (пневмогастрографию) и повторное рентгенологическое исследование. 3) При обнаружении в животе при УЗИ свободной жидкости без воздуха показано проведение лапароскопии. Установление диагноза перфоративной язвы является абсолютным

показанием к экстренному оперативному вмешательству, пациента сразу направляют в операционную. При тяжелом состоянии (клиника разлитого перитонита) проводится короткая предоперационная подготовка (не должна превышать 2 часов) на операционном столе.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ «ТРУДНЫХ» ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Оценить возможности эндоскопического гемостаза у больных с «трудными» язвами желудка.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 14 пациентов с кровотечениями из острых язв задней стенки тела и кардиального отдела желудка, поступившие в отделение экстренной хирургии II клиники Ташкентской Медицинской Академии за период с 2012 по 2018 годы. Возраст больных варьировал от 45 до 72 лет. Кровотечение по классификации J.A. Forrest было оценено в 11 случаях как I-B, в 3 наблюдениях как II-A. Надо отметить, что во всех случаях нами впервые был произведен эндоскопический гемостаз в положении пациента лежа на правом боку. Такое положение способствовало перемещению сгустков крови в нижележащую часть и визуализировать заднюю стенку и большую кривизну желудка, что позволяло адекватно выполнить эндоскопический гемостаз. В 7 (50,0%) случаях выполнена электрокоагуляция, в 4 (28,6%) – аргоноплазменная коагуляция и в 3 (21,4%) наблюдениях клипирование.

Полученные результаты. Проведенные эндоскопические манипуляции позволили нам достичь окончательного гемостаза в 13 (92,9%) случаях. В 1 (7,1%) наблюдении отмечен рецидив кровотечения через 12 часов после эндоскопического гемостаза. Больной был прооперирован. Несмотря на проведенную операцию у пациента отмечен рецидив кровотечения и на фоне проведения интенсивной терапии кровотечение было остановлено. Проведенный анализ неудовлетворительного результата выявил у данного больного наличие гематологического заболевания. После консультации гематолога и проведения соответствующей терапии кровотечение было остановлено.

Заключение: Внедрение в практику усовершенствованного подхода к выполнению эндоскопического гемостаза в положении на правом боку при кровоточащих язвах задней стенки тела и большой кривизны желудка, способствовало увеличению клинической эффективности методов эндоскопического гемостаза и позволило сократить количество открытых операций и тем самым снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т.

Ташкентская медицинская академия

Цель: проведение сравнительной оценки различных методов (традиционной и лапароскопической герниопластики) хирургического лечения паховых грыж у пациентов с ожирением.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и планового хирургического лечения 229 больных с паховыми грыжами, находившимися на стационарном лечении в отделении абдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2013 по 2019

годы. Все пациенты были распределены на две клинические группы. В первую группу вошли 116 больных, которым выполнена операция Лихтенштейна; вторую группу составили 113 пациентов, подвергнутых лапароскопической герниопластике. Возраст пациентов колебался от 18 до 65 лет. В исследуемую группу не включены больные с рецидивными и двухсторонними паховыми грыжами. В зависимости от степени ожирения все пациенты в сравниваемых группах были распределены одинаково. Нами проведен анализ частота развития послеоперационных осложнений в зависимости от степени ожирения.

Полученные результаты. Большинство пациентов были мужского пола (196 – 85,5%). В первой группе 64,7% больных имели избыточный вес, во второй – 68,1%. В обеих группах были пациенты, страдающие диабетом, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), гипертонией, ишемической болезнью сердца (ИБС) и заболеваниями периферических сосудов. В сравнительном соотношении обе группы были репрезентативны. Общая частота послеоперационных осложнений в первой клинической группе была выше по сравнению с группой, где выполнялась лапароскопическая герниопластика 19,8% (23 наблюдения) и 7,1% (8 случаев) соответственно. Наиболее чаще встречались раневые осложнения, одним из основных причин которых была травматичность операционного доступа. При анализе частоты встречаемости послеоперационных осложнений в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) была выявлена, что при выполнении операции Лихтенштейна частота осложнений возрастает с увеличением степени ожирения, тогда как после лапароскопической герниопластики этот показатель от ИМТ не зависит. При нормальном весе больных в обеих группах частота послеоперационных осложнений особо не отличалась, составляя в первой группе 2,6%, а при лапароскопической герниопластике – 2,7%. В группе пациентов с ожирением частота осложнений составила 17,3% и 4,5% соответственно. В первой группе сроки пребывания больных в стационаре колебался от 3 до 8 суток (в среднем 4,8), во второй группе – от 2 до 4 (в среднем 3,1). Период амбулаторного лечения пациентов колебался от 4 до 18 (в среднем 8,5) и от 3 до 11 (в среднем 4,5) суток соответственно. Продолжительность операции Лихтенштейна составил в среднем $55,5 \pm 12,8$ мин, лапароскопической герниопластики – $45,8 \pm 20,6$ мин. Несмотря на снижение продолжительности лапароскопической операции, достоверного отличия от длительности выполнения операции Лихтенштейна не отмечено.

В нашем исследовании, при наличии факторов риска, частота послеоперационных осложнений в первой группе была статистически выше, чем во второй. Однако в группе пациентов, где выполнялась лапароскопическая герниопластика, при сравнении пациентов с ожирением и нормальным весом, этой тенденции не отмечено.

Таким образом, лапароскопическая герниопластика является методом выбора хирургического лечения паховых грыж, особенно у лиц с избыточной массой тела, которая характеризуется низкой частотой послеоперационных осложнений и быстрой реабилитацией больных. Показатели частоты послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической герниопластики достоверно не зависят от степени ожирения, однако статистически отличны при выполнении открытых операций. Отличительными преимуществами лапароскопической герниопластики является возможность выполнения данной операции при рецидивных и двусторонних грыжах, что минимизирует травматизм мягких тканей паховой области.

SURGICAL TECHNIQUES IMPROVEMENT IN DIASTASIS RECTI ELIMINATION

Khakimov M.Sh., Berkinov U.B., Sattarov O.T., Kholmatov Sh.T.
Tashkent medical academy

The introduction of new technologies in surgery allowed us to perform different minimally invasive surgical procedures in the abdominal surgery with minimal traumatization of the tissues of the anterior abdominal wall. In this regard, for further improvement of existing methods, it would be advisable to study the possibility of elimination of diastasis recti with minimal invasive method.

Aim of the research: To assess the possibility of laparoscopic elimination of diastasis recti and improve the results of treatment in such patients.

Materials and methods: In multidisciplinary clinic of TMA, for the period from 2015 to 2019 there were performed 21 laparoscopic operations for diastasis recti II-III degree. Patients with diastase II degree were 9 (42.8%), with III - 12 (57.2%). The age of patients ranged from 36 to 62 years. 58% of patients were older than 50 years. Men were 7, women - 14 patients. 7 patients had a associated pathology, which requires simultaneous operations: 4 - cholelithiasis, 3 - inguinal hernia. Given the significant risk of postoperative complications of open hernioplasty in patients with high anesthetic risk, its implementation has been limited. In such cases it is advisable to exercise clinical elimination of diastasis of the rectus muscles of the abdomen by laparoscopy. Thus, patients with IHD have 2 (9.5%), with 2nd, 3rd degree of obesity - 2 (9.5%), diabetes - 1 (4.7%), chronic disorders of the respiratory system - 1 (4.7%). In 4 (19%) cases simultaneous laparoscopic cholecystectomy were performed, in 3 (14.2%) - laparoscopic hernia repair. In associated pathologies of abdominal cavity diastasis liquidation were made by the second stage, i.e. after performing cholecystectomy and laparoscopic hernia repair.

Results: Laparoscopic elimination of diastasis sheathe were made under general anesthesia. In laparoscopy, the boundaries of diastasis recti were determined. The operation was carried out with the help of endoscope, which was developed by us, "the hook-needle." On the right (or the left) edge of the medial rectus muscles, under the control of the laparoscope, through incisions of up to 2 mm, instruments "endoscopic needle - hook" were inserted into the abdominal cavity and thread was delivered, that was fixed in the abdominal cavity with endoscopic clip, which was inserted through the working puncture. Endoscopic needle-hook was taken from the abdominal cavity. Through an existing incision in the skin, at an angle of approximately 40-60 degrees endoscopic needle-hook was injected into the thickness of the anterior abdominal wall towards the left (or the right) edge of the medial rectus muscles and was entered into the abdominal cavity. The thread was fixed in endoscopic needle-hook and exteriorized. Extracorporeal knot tying onintension was performed. The tied thread was left inside the skin, i.e., at the wound site in the formed subcutaneous tunnel. Average operative time was 52.5 ± 5.3 min. In simultaneous operations it was 73.5 ± 13.7 minutes. There were no intraoperative complications. Patients were active by the next day after surgery. Mild discomfort in the area of operational activities was observed in 5 (23.8%) patients, who went through surgery after 3-4 days. In 1 (4.7%) patient had development of seroma, neuralgic pains were observed in 6 (28.5%) patients, which were resolved conservatively. Other complications were noted. The patients had no complaints, physical activity does not cause discomfort, there were not any deformations in the anterior abdominal wall, rectus abdominis muscles tightly adhere to each other.

Thus, our clinical experience with laparoscopic elimination of diastasis recti showed that it is a highly effective method of treatment, and it is less traumatic and has a number of health and social benefits: cosmetic effect; maximum comfort for the patient in the postoperative period; the absence of chronic pain that arises after the traditional elimination of diastasis; low probability of commissures development in the abdominal cavity; the possibility of simultaneous

performing of laparoscopic surgery in associated pathology, when it is possible to perform operation with endoscopic method.

РОЛЬ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.

*Областной многопрофильной медицинской центр
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования. Совершенствование тактики лечения эхинококкоза печени с использованием видеоэндоскопии.

Материалы и методы: За последние 5 лет в хирургическом отделении областного многопрофильного медицинского центра оперировано 381 больных с различными формами эхинококкоза печени. Из них у 58 (15,2%) пациентов выполнена лапароскопическая операция с использованием лапароскопической стойки фирмы «Karl Stors» и «Delon».

Показанием для выполнения лапароскопической эхинококкэктомии были одиночные неосложненные размером до 10 см поверхности расположенных в III-IV-V-VI сегментах печени. Эхинококкоз печени в первом периоде жизнедеятельности (живой паразит) оказался существенным в плане эффективной пункции и эвакуации содержимого гидатидной кисты.

Результаты и их обсуждения: Диагностика эхинококкоза печени осуществлялась на основании ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований.

Видеолапароскопическую эхинококкэктомию осуществляли с соблюдением принципов асептичности – проводили комплекс мероприятий с целью профилактики диссеминирования и имплантации зародышевых элементов материнской кисты. Антипаразитарную обработку гидатидных кист, а также остаточной полости фиброзной капсулы осуществляли 0,4% электролизным водным раствором гипохлорита натрия.

Анализ клинических результатов показал, что в 3 случаях отмечено желчеистечение из остаточной полости печени, в 1 наблюдении – нагноение остаточной полости. Все осложнения были устранены консервативными мероприятиями. Наряду с этим отмечено ранняя активизация пациентов, что позволило сократить койко-дней в 2 раза. Все пациенты находились под наблюдением до 1,5 года, рецидива заболевания не отмечено.

Вывод: Таким образом, широкое внедрение видеолапароскопии в лечении эхинококкоза печени является перспективным методом хирургического лечения эхинококкоза печени.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРУБНОЙ БЕСПЛОДИЙ МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения трубно-перитонеальной формы бесплодия путем оптимизации методов диагностики и внедрения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе наблюдений 178 больных с различными вариантами трубно-перитонеальной формы бесплодия на базе кафедры хирургических болезней Андижанского Государственного медицинского института

У 109 пациентов имело место бесплодие 1 типа, что составило 61,2%, и у 69 (38,0%) больных 2 типа. В комплекс до операционного обследования включали как общепринятые, так и специальные методы исследования: Ультразвуковое сканирование (УЗС); гистеросальпингография; хромосальпигоскопия лапароскопическим доступом; исследования гармонального статуса пациенток, бактериологические исследования производилось в иммунолаборатории ЦНИЛ АГМИ.

Всем больным проводились те или иные виды оперативных вмешательств с использованием видеоэндоскопической техники: клиновидная резекция яичников выполнена у 28 пациентов, что составило 15,7%, декорткация яичников произведено у 61 больной или 34,2%, операция в виде сальпигоовариолизиса + двухсторонняя сальпингосоматопластика выполнено у 50 (28%) пациенток. По поводу непроходимости единственной левой, или правой маточной трубы, по поводу данной патологии операции в виде сальпинголизис+сальпингостомоплас-тики единственной маточной трубы выполнено у 8 пациенток, что составило 4,5%. У 32 или 17,9% пациенток выполнена операция сальпингоовариолизис +гидротубация маточных труб. В рубрике комбинированные операции оказалось 31 или 17,4% оперативных вмешательств.

Результаты. интраоперационные осложнения были в 15 (8,4%) случаях. Характер послеоперационных осложнений сложился следующим образом: нагноение точки проколов отмечено у 9 больных что составило 5,05%, инфильтрат тоски проколов выявлено у 4 (2,2%), и подкожная эмфизема оказалось у 6 (3,3%) больных. Общий процент послеоперационных осложнений составил 10,6% или у 19 пациенток.

Результаты выполненных операций изучены путем анкетирования: разослано 160 анкет, при этом получено 126 ответов, что составило 70,8%, Беременность наступило у 28 или 15,7% пациенток, сроки наступления беременности были в пределах от 5 до 36 месяцев.

Выводы. Таким образом эндохирургические методы коррекции женского бесплодия при трубно-перитонеальной форме, синдроме поликистозных яичников является эффективным и перспективным методом репродуктивной технологии.

СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ: ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ

Худайназаров У.Р., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И.
СамГосМИ

Несмотря на развитие медицины ранняя дооперационная диагностика синдрома Мириззи до сих пор считается недостаточным. Большой спор и разногласия, вызывают методики операционного подхода к различным типам синдрома Мириззи, и это часто приводит к затруднению выработки единого хирургического подхода.

Цель исследования: Оценить и улучшить результатов хирургического лечения синдрома Мириззи I и II типа.

Материалы и методы. В основе работы лежит клиническое наблюдение 36 пациентов с синдромом Мириззи, прооперированных в период с 2014 по 2018 года I и II хирургических отделениях СамГМО. Основную часть больных составляли женщины – 29 (80,6%), мужчин было- 7 (19,4%), в возрасте от 35 до 72 лет.

В предоперационном периоде всем больным проводилось стандартные лабораторные и инструментальные исследования. При исследовании синдрома Мириззи мы использовали классификацию по McSherry (1982). Среди исследуемых больных преобладали пациенты с I типом – 29(80,5%), со II типом было 7 (19,5%) пациентов. В предоперационном периоде механическая желтуха наблюдалась у 16 (44,4%) больных, признаки холангита у 3 (8,3%).

Варианты оперативных вмешательств определялись в зависимости от типа синдрома Мириззи. Лапароскопические операции произведено 19 (52,8%) пациентам, 14

(38,9%) пациентам произведено холецистэктомия с минидоступа по параректальному доступу, 3 (8,3%) больным произведен срединный лапаротомный разрез. У 15 (41,7%) пациентов сочетано наружное дренирование общего печеночного протока по Пиковскому – 7, по Вишневному – 8.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения у больных с синдромом Мириззи наблюдались в 2 (5,5%) случаях. В 1 случае желчеистечение из дренажной трубки, которое самопроизвольно остановилось на 3 сутки и в 1 (3,1%) случае местный желчный перитонит после лапароскопической холецистэктомии, больному произведена релапароскопия с ушиванием ложи желчного пузыря.

Выводы: В большинстве случаев при наличии синдрома Мириззи оптимальным выбором является лапароскопический или минилапаротомная холецистэктомия, позволяющей при необходимости совершить конверсию с расширением данного доступа и осуществить необходимый спектр оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе.

ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Эгамов Ю.С.¹, Кадиров Ш.Н.¹, Эгамов Б.Ю.², Худайбергенов П.К.³.
*Андижанский Государственный медицинский институт¹,
РЦХ им академика В.В.Вахидова²
ККР Турткульский РБ.³*

Нами в последние 10 лет выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2093 больных в возрасте от 17 до 84 лет, из них: холецистэктомия- 1071, аппендектомия- 654, кистэктомия печени- 67, эхинококкэктомия (однокамерные) печени- 54, кистэктомия яичника-108, рассечение спаек при спаечной кишечной непроходимости -93, санация и дренирование брюшной полости при перитоните -46.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 1071 наблюдении.

Из 1071 больного в анамнезе 94 (8,7%)- оперированы на органах брюшной полости, причем 43- на верхнем этаже брюшной полости. У 30 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа.

В 893 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких либо технических трудностей. Среднее время производства ЛХЭ в этой группе составило 45-60 мин. В 78 случаях во время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше, в 76 случаях приведших к переходу на открытое вмешательство.

Лапароскопических аппендэктомий у 654 больных, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 18 случаях, острый флегмонозный- 390 случаев, острый гангренозный - в 246 случаях.

В 93 наблюдениях после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились.

В 46 случаях произведена санация и дренирование брюшной полости при остром разлитом перитоните. В послеоперационном периоде пришлось у 8 больных сделать релапаротомию по поводу продолжающегося перитонита.

Для улучшения послеоперационного течения мы всем больным применяли лимфатическую антибиотикотерапию, для этого во время операции установили микроирригатор круглой связки печени, брыжейки тонкого кишечника и круглой связки матки. Техника лимфатропной терапии лекарственных веществ осуществлялась через микроирригатор, который устанавливался во время операции. Сначала 40 мл 0,25 % раствора новокаина + гепарин 5000 ЕД капельно, потом 40 мл 0,25 % новокаина + 1 мл

фуросемида + тималина 10 мг капельно, затем через 10-20 минут разведенная в 40 мл 0,25 % новокаина + одноразовая доза антибиотика (1 мл в минуту). Проводилось лечение в двух группах больных. Первая, основная группа - 463 больных леченной лимфотерапией и вторая - контрольная группа 174 больных леченной традиционным способом.

Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств с применением лимфатической терапии при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение лапароскопической лимфатической терапии позволяет значительно снизить послеоперационное осложнение, летальность и достоверно сократить сроки стационарного пребывания больных по сравнению с контрольной группой пациентов.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Юлдашев Ф.Ш., Бабажанов А.С., Худайназаров У.Р., Ахмедов Г.К.
СамГосМИ,

По данным разных авторов, частота острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 55% до 78% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. Несмотря на развитие современной медицины послеоперационная летальность при этой патологии встречается до 16-19%.

Цель исследования: Изучить результатов оперативного лечения больных с ОСКН.

Материалы и методы: С 2015 по 2018 г. в хирургических отделениях Самаркандского ГМО оперированы 168 больных с ОСКН. У 54 (32,1%) больных оперативное лечение при ОСКН начинаем с диагностической лапароскопии, на которой определяем локализацию непроходимости и решаем вопрос о возможности лапароскопического разделения спаек. В случаях, когда технически не удается выполнить лапароскопическую операцию или при сомнении в полной ликвидации непроходимости, мы выполняем лапаротомию. Остальные больные оперированы лапаротомным доступом.

Результаты и обсуждение: Интраоперационных осложнений при использовании малоинвазивных методов не выявлено. Послеоперационный период у этих больных протекал гладко, отмечены ранняя активизация (на первые сутки) и разрешение послеоперационного пареза кишечника. Отмечено снижение затрат на проведение послеоперационного лечения, в том числе снижение сроков пребывания в палате реанимации и сроков интенсивной терапии.

Осложнения в ране после применения лапароскопически ассистированного метода в оперативном лечении больных ОСКН встретились у 3 пациентов (5,5%), общее количество осложнений в ране после операций по поводу ОСКН составляет 16,7%. Послеоперационные осложнения в брюшной полости у прооперированных лапароскопически ассистированным методом, встретились у 5 пациентов (9,25%). Из всей группы больных, прооперированных по поводу ОСКН, послеоперационные осложнения в брюшной полости имелись у 15,8% пациентов. Средний койко-день у больных, прооперированных лапароскопически ассистированным методом, составил 4,8 - что почти в два раза меньше, чем у прооперированных лапаротомным методом (9,2 койко-дня).

Выводы. Применение миниинвазивных методов оперативного лечения даёт более удовлетворительные результаты и при этом частота рецидивов встречается редко чем при открытых операциях.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Юсупова М.А., Исмаилова Д.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Наиболее опасным осложнением при лапороскопических операциях (ЛО) является газовая эмболия. В эндохирургии для инсуффляции применяется углекислый газ и закись азота. Ранее в эндохирургии использовали (чаще в экспериментах на животных) воздух, кислород, гелий. Последний непригоден прежде всего потому, что вызывает выраженную гиперкапнию. Воздух и кислород считаются непригодными из-за возможности к окислению, частому развитию подкожной эмфиземы и ее медленной абсорбции из тканей. Кроме того, применение кислорода исключает возможность работы с электроножом в брюшной полости из-за опасности возгорания или взрыва. Физический смысл газовой эмболии, описанный ниже, еще больше обосновывает противопоказания к применению воздуха, и, по нашему мнению, закиси азота. При ЛО попадание газа в кровоток возможно при пункции крупного сосуда иглой Вереша, через открытые вены или через открытый печеночный синус. Способствующим газовой эмболии фактором является гиповолемия, при которой венозное давление по сравнению с атмосферным часто бывает отрицательным, поэтому при малом венозном возврате в правое предсердие последнее присасывает кровь из вен. Если больной находится под внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией легких кислородно-воздушной смесью (содержащей 80% кислорода), то при попадании 1 мл воздуха в кровоток объем эмбола будет уменьшаться, часть кислорода из эмбола будет усваиваться тканями. Диагноз газовой эмболии при лапароскопических операциях устанавливается по следующим клиническим признакам: внезапная гипотензия, цианоз, сердечная аритмия, гипоксия, наличие при аускультации классического симптома Морель-Лавалле, расширение комплекса QRS на электрокардиограмме. Возможен отек легких. Если в сосудистую систему попал значительный объем газа, то он блокирует кровоток в правых отделах сердца и наступает смерть в считанные минуты.

Лечение газовой эмболии должно быть быстрым и включать: 1) немедленную десуффляцию; 2) проведение искусственной вентиляции легких чистым кислородом; 3) придание боковой позиции Тренделенбурга (операционный стол круто наклонить в сторону головного конца, а правый приподнять не менее чем на 15 градусов); 4) немедленную пункцию верхней полой вены через подключичную с проведением катетера в правое предсердие и желудочек, аспирацию газа вместе с кровью. Для восполнения кровопотери аспирируемую после дегазации кровь можно вновь инфузировать; 5) если наступила асистолия, и диагноз не вызывает сомнений - прямой массаж сердца с одновременной пункцией правых отделов сердца с целью более эффективного удаления газа из его полостей.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И., Валиев А.С., Усманов Б.С..

Ферганский филиал ТМА, Ферганский филиал РНЦЭМП

Осложненный эхинококкоз легких ставит перед врачами заметные проблемы, связанные с диагностикой и лечением больных с данной патологией. Большую роль в решении этой проблемы наряду с рентгенологическими, томографическими и лабораторными методами исследований играет бронхоскопия.

Под нашим наблюдением в отделении экстренной торакально-сосудистой хирургии за период 2016 -2018 гг. находилось 36 больных с осложненными формами эхинококкоза легких в возрасте от 4 до 62 лет. Прорыв эхинококковых кист в бронхиальное дерево

наблюдалось у 24 больных, легочное кровотечение или кровохарканье – у 20 больных, нагноение полости кисты - у 6, прорыв кисты в плевральную полость – у 5.

Всем больным с осложненными формами эхинококкоза легких произведено бронхоскопических исследований с помощью гибкого фибробронхоскопа фирмы «Olympus». Это исследование позволило уточнить диагноз, локализацию пораженного очага и выявить источник кровотечения. С помощью фибробронхоскопа нами производилось активное отсасывание излившейся в бронхиальное дерево эхинококковой жидкости, обладающей аллергическим воздействием, введение антибиотиков и ферментов в пораженную долю. У 9 (25 %) больных при диагностической бронхоскопии удалось обнаружить хитиновые оболочки, обтурирующие бронх. 10 (27,8 %) больным с выраженной дыхательной недостаточностью, на фоне опорожнившихся в бронхиальное дерево гигантских кист, санационная фибробронхоскопия позволила значительно улучшить состояние и уменьшить токсическое воздействие эхинококковой жидкости.

В предоперационной подготовке и во время операции больным неоднократно выполнялась санационная бронхоскопия для скорейшего очищения и опорожнения эхинококковых кист. Данная методика использовалась для профилактики интраоперационных осложнений в виде затека содержимого полости кисты в здоровое легкое. В послеоперационном периоде бронхоскопическое исследование выполнялось для удаления сгустков крови, обтурирующих просвет бронхов, мокроты и для динамического наблюдения за состоянием трахеобронхиального дерева.

Осложнениями фибробронхоскопии были: бронхоспазм - в 3 случаях, кровотечение со слизистой бронхов – в 4.

При анализе небольшого опыта работы с осложненным эхинококкозом легких мы пришли к выводу, что фибробронхоскопия играет немаловажную роль в диагностике и лечении данной патологии.

ROBOT DA VINCI IN SURGERY

Yangibaev Z., Batirov D.Yu., Rakhimov A.P., Yusupov D.D.
Urgench branch of Tashkent medical academy

In recent years, robotic systems are increasingly used in surgery. Moreover, in almost all of its areas. But it was not immediately put into practice. On September 7, 2001, M. Gagnier, from Mount Sinai New York Hospital, performed a 55-minute operation. At that moment, the surgeon and the patient at the University of Louis Pasteur in Strasbourg were separated by 7,000 km of the Atlantic Ocean, and the operation itself was performed using the da Vinci robotic system, controlled by a dedicated fiber optic channel. M. Gagnier then optimistically suggested that in the future, doctors will be able to conduct similar operations for patients in remote areas. Then it was like a miracle. Hard to believe. 18 years have passed. Today it is clear to everyone and the number of such "remote" operations is increasing every day. In the work of the robot surgeon there will be no doubt, no hesitation, no trembling in the hands, no mistakes. The robot is commanded by a surgeon who sits at the console in the corner of the operating room, looking into the eyepieces of a high-resolution stereo endoscope. Robot manipulators repeat every movement of the surgeon. And this is a massive surgical system, released in a circulation of more than 4000 pieces, which performs more than 400,000 operations per year around the world. The da Vinci system (manufactured by the American company Intuitive Surgical) is today the most common surgical robot in the world.

The use of robotic surgeons has changed the usual order in operating rooms. "Robot assisted surgery is a further development of minimally invasive surgery. They significantly change the nature of the operation, both in terms of the doctor's work and in terms of patient safety. Say, the surgeon now does not stand throughout the operation - and it can last several hours - next to the operating table, and sits at the control console in the non-sterile area, looking into the eyepieces of a stereo endoscope. It would seem a trifle, but after all, the more convenient

it is for a doctor to work, the more accurate his movements are, which means that the operation is less traumatic. One of the main advantages of robot endosurgery is the leveling of many disadvantages of laparoscopic technology. Surgical robots are equipped with a three-dimensional imaging system with the effect of the real depth of the resulting image. The system provides a constant clear visualization of the surgical field thanks to the program of automatic maneuvering of the image depending on the change in position of the surgeon's head and the localization of surgical procedures. The accuracy of surgical operations is ensured by eliminating the effect of natural trembling of human hands, using tools with increased freedom of movement of the working part (seven planes) and the ability of the system to transform large-amplitude movements on the joysticks of the center console into precise manipulations in the patient's body. As a result, the working parts of the instruments acquire the capabilities of human hands, and the surgeon gets the opportunity to operate not with two, but with three and a large number of hands. The control system is designed in such a way that the instruments simply repeat the movement of the surgeon's fingers.

Advantages of a robot surgeon: Improved dexterity, accuracy and controllability. da Vinci allows you to translate the movements of the hands of the surgeon in the corresponding micro movements of the instruments inside the patient. Tools are controlled by fingertips. 4 robotic arms with tools that have 7 degrees of freedom (more than a human hand) and bend 90 degrees. Scaling movements and suppressing tremors. Da Vinci's patented EndoWrist toolkit, equipped with a tremor reduction system and motion control system, improves the equivalence of possession with both hands to the extent inaccessible to humans and shortens the learning curve. The extended range of instrument movements improves access and reliability for operations in confined spaces such as the pelvis, mediastinum, and heart bag. Great ergonomics. Optimal equalization of the optical and motor axis. A comfortable sitting position. Da Vinci is the only surgical system designed to work while sitting, which is not only more comfortable, but can also provide clinical benefits due to less fatigue of the surgeon. The da Vinci system provides a natural alignment of the eyes and hands on the surgical console, which provides better ergonomics than traditional laparoscopy. Since da Vinci's robotic arms hold the camera and tools on hold, this potentially reduces torsion on the abdominal wall, patient trauma, need for assistance, and fatigue. Finally, since robotic arms provide additional mechanical strength, the surgeon can now operate on patients with severe obesity. Security. The da Vinci system reduces the risk of infection of the surgical team. In general, da Vinci can give the surgeon better visualization, dexterity, accuracy and control than in open surgery, when performing surgery through 1-2-centimeter incisions.

Conclusion

Robots offer great opportunities in the development of entire areas of surgery. Their advantages are obvious, thanks to mini-invasiveness a wide range of various complications are prevented. A previously unknown advantage, as the remoteness of surgical operations. That is, the doctor can be at any distance from the patient. Thousands of robots around the world are always ready for surgical operations of any complexity and they do not get tired.

Attention, robots are coming! The future of surgery is theirs.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ 12 БАРМОҚ ИЧАК КАТТА СЎРҒИЧИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШINI ДАВОЛАШ

Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш: Кейинги йилларда ўт-тош касаллиги ҳамда ушбу касалликнинг асорати сифатида 12 бармоқ ичак катта сўрғичининг (ЎИБИКС) ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган беморлар сони кўпайиб бормокда. Бугунги кунда ушбу патология эндохирургик йўллар орқали самарали даволанади: ўт қопи лапароскопик

холецистэктомия усулида олиб ташланади, ЎИБИКС нинг ўтказувчанлиги эндоскопик ўт йўллари санацияси ва папиллосфинктеротомия усули орқали коррекция қилинади. Лекин, бу усулларни барча беморларда ҳам муваффақиятли бажариш имконияти бўлмаслиги мумкин. Натижада эса, мана шундай ҳолатларда анъанавий, очиқ усулларда операция қилишга мажбур бўлинади. Бу эса, операция хавфининг ортишига, ўзига хос асоратларнинг кўп учрашига олиб келади.

Тадқиқот мақсади: ўт-тош касаллиги сабабли 12 бармоқ ичак катта сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотимиз давомида 2009 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда ўт-тош касаллиги сабабли ЎИБИКС ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган 114 нафар беморнинг жарроҳлик даволаш натижалари ўрганилди. Беморларни ёши 31 ёшдан 77 ёш оралиғида бўлди. Шундан эркаклар 29 (25,44%) нафар, аёллар 85 (74,56%) нафарни ташкил қилди. Барча беморларда холецистэктомия (ХЭК) амалиёти очиқ усулда бажарилди. 32 та ҳолатда ХЭК цистикохоледохолитотомия билан, 82 та ҳолатда супрадуоденал холедохотомия, жигардан ташқари ўт йўлларининг санацияси билан биргаликда бажарилди. 21 (18,42%) та ҳолатда цистикохоледохолитотомия холедохни Пиковский усулида найчалаш билан, 11 (9,65%) та ҳолатда эса, ЎИБИКС ни бужлаш, баллонли дилатацияси билан амалга оширилди. Супрадуоденал холедохолитотомиялар эса, 37 (32,45%) та ҳолатда компрессион холедоходуоденоанастомоз қўйилиши билан, 16 (14,03%) та беморда трансхоледохеал папиллосфинктеротомия билан ва 29 (25,44%) нафар беморда (ЎИБИКС нинг III даражали стенози кузатилган ҳолатларда) эса, холедоходуоденоанастомоз трансдуоденал папиллосфинктеротомия амалиёти билан биргаликда бажарилди.

Натижалар: 9 (7,89%) нафар беморда операциядан кейинги даврда диастазурия кузатилди. Шундан, 6 (5,26%) нафарида холецистэктомия ва ЎИБИКС ни бужлаш ва баллонли кенгайтириш амалиётидан кейин, 1 нафарида умумий ўт йўлини ташқи найчалашдан ва 2 та ҳолатда папиллосфинктеротомиядан кейин кузатилди. Шишли панкреатит белгилари 11 (9,65%) нафар беморда кузатилди. Шундан, 5 нафарида холецистэктомия ва ЎИБИКС ни бужлаш ва баллонли кенгайтириш амалиётидан кейин, 4 нафарида компрессион холедоходуоденоанастомоздан ва 2 та ҳолатда папиллосфинктеротомиядан кейин кузатилди. Бошқа турдани операциядан кейинги асоратлардан назорат найчаларидан қисқа муддатли ўт ажралиши 10 (8,77%) та ҳолатда кузатилди. Шундан, Шундан, 5 нафарида холецистэктомия ва ЎИБИКС ни бужлаш ва баллонли кенгайтириш амалиётидан кейин, 4 нафарида компрессион холедоходуоденоанастомоздан ва 1 та ҳолатда папиллосфинктеротомиядан кейин кузатилди ва бу асорат операциядан кейинги 7-10 кун ичида йўқолди. Тадқиқотимиз манбаи бўлган ушбу барча беморларга ўтказилган даволаш чора-тадбирлари натижасида қониқарли аҳволда уйига рухсат берилди.

Хулоса: Ўт-тош касаллиги сабабли 12 бармоқ ичак катта сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган беморларни анъанавий очиқ усуллар орқали жарроҳлик даволаш натижасида операциядан кейинги асоратлар сони ҳозирги кунда ҳам юқорилигича қолмоқда ва бу ўз навбатида ушбу касалликнинг жарроҳлик даволаш усулларини янада такомиллаштиришни талаб қилади.

II РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

АСОРАТЛАНГАН НООПЕРАБЕЛ БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА КРИОТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ

Абдуллаева Н.Э.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги: Дунё бўйича бачадон бўйни саратони билан касалланиш онкологик касалликлар орасида 4-ўринни, аёллар саратон касалликлари орасида 2-ўринни эгаллайди. Ўзбекистон бўйича йилига 1795 аёлда ушбу касаллик аниқланади ва уларнинг 760 нафари касаллик туфайли вафот қиладилар. 40% холатларда касаллик III-IV босқичларда аниқланади. Дунё стандартларига кўра кечиккан босқичда кимёвий ва нур терапия ўтказилади. Кечиккан босқичдаги беморларда 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 4-5% ташкил қилади.

Даволаш методлари. Текширув объекти сифатида 2017-2019-йилларда РИО ва РИАТМ ХФ химиотерапия бўлимида даволанган, IV босқичдаги бачадон бўйни саратони қон кетиши билан асоратланган 17 нафар бемор назорат остида бўлдилар. Беморларнинг биринчи гурухи n=11 паллиатив ПХТ Цисплатин 75 мг/м², 5 фторурацил мг/м² ва гемостатик даво ўтказилди. Иккинчи гурухи n=6, ПХТ Цисплатин 75 мг/м², 5 фторурацил мг/м² кўшимча равишда “ўсмани криодеструкциялаш” амалиёти ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 39±3. Беморларнинг ўртача яшовчанлик кўрсаткичлари, 1 йиллик ва 3 йиллик яшовчанлик кўрсаткичлари ва маҳаллий ўзгаришлар баҳоланди.

Даво натижалари. Биринчи гурух беморларда ўртача яшовчанлик кўрсаткичи 15 ойни, 1 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 14%, 3 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 8% ташкил қилди. Биринчи гурух беморларнинг 7 нафарида емирилиш ва қон кетиш аломатлари бартараф бўлмади. Иккинчи гурух беморларда ўртача яшовчанлик кўрсаткичи 24 ойни, 1 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 17%, 3 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 11% ташкил қилди. Криодеструкциядан сўнг қон кетиши кузатилмади.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Абрайкулов И.Р., Махмудов А.Х., Менглиев А.Т., Бекмирзаев У.О.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Современная ранняя диагностика и выбор оптимальных методов лечения больных с патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства являются сложными проблемами в клинической хирургии.

Материал и методы. На аппарате МСКТ «Brivo СТ 385» исследования проведены у 268 больных с патологией органов брюшной полости с 2017- по август 2019 годы. Кроме того, применены следующие методы исследования: общеклинические, рентгенологические, эндоскопические исследование ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Результат и обсуждение. Из 268 больных у 25 пациентов обнаружены гемангиомы печени в различных размерах, у 26 пациентов выявлена калькулезный холецистит и холедохолитиаз, у 2 больных ятрогенные повреждение ВПЖП при лапароскопической холецистэктомии, у 18 больных киста печени в различных сегментах, цирроз печени и спленомегалия у 14 больных, у 3 больных опухоли желудка, у 5 больных выявлены

опухоли ободочной кишки, у 3 больных выявлены периаппендикулярный абсцесс и инфильтрат, киста забрюшинного пространства у 4 больных, кистозное объемное образование брюшной полости у 5 больных, кистомы яичника и трансмуральные миомы матки у 21, объемное образование поджелудочной железы у 6 больных, киста паренхимы почек у 12 больных, объемное образование почек у 6 больных, у 8 больных удвоение почек, а также с сопровождением гидронефроза у 18 больных обнаружены камни почек и мочеточника, лимфадениты брыжейки тонкого кишечника у 9 больных. У 42 больных при МСКТ органических структурных изменений в органах брюшной полости не выявлены. МСКТ – метод лучевой диагностики организма, позволяющий выявить скрытые патологии в организме. Метод позволяет получить послойное изображение любой области тела толщиной среза от 0,5 мм до 15 мм, оценить состояние исследуемых органов и тканей, локализацию и распространенность патологического процесса.

Вывод: Комплексное лучевое исследование при патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства позволяет распознать причину, величины и степень поражения внутренних органов и тканей, сократить процесс дооперационной диагностики, оценить операбельность больных.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Абдуллаев Я.П.¹, Манатов М.Г.¹, Галеев Ш.И.², Рубцов М.А.³

¹Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова.

²СПбГБУЗ Городская больница №20 (Санкт-Петербург)

³СПбГБУЗ Александровская больница (Санкт-Петербург)

Совершенствование технической составляющей, стандартизация операций в хирургии колоректального рака привели к расширению показаний для выполнения эндовидеохирургических вмешательств. В настоящее время не вызывает сомнений эффективность и безопасность этих операций при локализованных формах опухолей: T_{1s}-T₃. Целесообразность эндовидеохирургических вмешательств в лечении местнораспространенных форм рака ободочной кишки изучена недостаточно.

В исследовании представлены непосредственные результаты 76 операций, выполненных за период с 2007 по 2018 г.г. У всех пациентов наличие опухолевой инвазии за пределы стенки кишки доказано при КТ, либо данными ревизии органов брюшной полости в ходе операции. У 18 пациентов были выявлены жидкостные скопления вблизи опухоли. На дооперационном этапе было выполнено 13 пункционных нефростомии. Мочеточники стентированы у 10 пациентов. Выполненные вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия – 28, резекция сигмовидной кишки – 32, правосторонняя гемиколэктомия – 16. Все операции выполнены в положении пациента типа Ллойда-Дэвиса с использованием 5-6 троакаров, бригадой из 3-х хирургов.

Продолжительность вмешательства превысила 5 часов в 28 случаях. В наибольшей степени мобилизацию сегментов толстой кишки осложняли опухолевый рост и воспалительный процесс, широко вовлекающие забрюшинные структуры, затрудняющие визуализацию предпочечной фасции. Комбинированные резекции были выполнены в 46 случаях. Отмечено одно клинически-значимое осложнение, незамеченное в ходе вмешательства: пересечение аппаратом «Ligasure» левого мочеточника. Средние сроки госпитализации в послеоперационном периоде составили 6-10 дней.

Таким образом, видеолапароскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки. Большие трудности для мобилизации кишок создают дорзальное распространение опухоли и параканкрозного воспалительного процесса, затрудняющего идентификацию забрюшинных структур, слоя диссекции

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Акопджанов Н.С., Юсупова Р.Т., Кузибоева М.М., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Одним из критических состояний, сопровождающееся массивным внутрибрюшным кровотечением гинекологического генеза, которое по праву угрожает жизни больному, вплоть до его гибели несомненно является и остается эктопическая беременность (ЭБ). По локализации плодного яйца трубная беременность встречается чаще, чем при других локализациях и составляет около 98-99%. В развитых странах частота эктопической беременности составляет около 2%. (Ш.М.Расулов и др., 2010). В России ЭБ занимает 5-6 место в ряду причин материнской смертности и составляет 4-5%. Широкое применение программ вспомогательной репродуктивной технологии при лечении бесплодия различного генеза привело к повышению частоты эктопической беременности в развитых странах до 5%, а у пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза до 11% (A.Strandell et al 1999). После перенесенной эктопической беременности снижается репродуктивная функция. Даже при односторонней тубэктомии в 70-80% случаев приводит к бесплодию и развитию нейроэндокринных нарушений (В.П.Сметник и др 2003).

Материалы и методы. В отделение экстренной гинекологии ФФРНЦЭМП за период 2016-2018 гг находились на лечении 4110 женщин, из них 353 (8.5%) женщин с клиникой ЭБ. Все женщины обратились в сроке от нескольких часов с момента приступа до 14-15 дней. Как правило, в первые часы с момента приступа поступали женщины с выраженным болевым синдромом в нижних отделах живота с признаками геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой у которых интраоперационно диагностирована нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы с массивным внутрибрюшным кровотечением. Поздняя обращаемость женщин с ЭБ обусловлена или не выраженным болевым синдромом в нижних отделах живота, отсутствием признаков геморрагического шока, или признаками прогрессирующей трубной беременностью, а также желание самой женщины «подождать, а вдруг спустится в матку». У этих женщин интраоперационно диагностирована либо ненарушенная трубная беременность, либо нарушенная по типу трубного аборта. Всем женщинам, обратившиеся с клиникой или подозрением на ЭБ были проведены обследования согласно установленным стандартам такие, как группа крови с резус фактором, общий анализ крови, биохимия крови, общий анализ мочи, исследовалась свертывающаяся система крови, а также проводились УЗИ органов малого таза, пункция заднего свода и определение теста на ХГ. Все женщины были разделены на две группы: 1 группа составила 137(38.8%) женщин, которым оперативное вмешательство проводили лапароскопическим способом, а 2 группу 216(61.2%) женщин, которым проведено традиционное лапаротомное вмешательство. Интраоперационно оценивалось состояние матки, маточных труб, наличие спаечного процесса малого таза, наличие сопутствующей абдоминальной патологии (как интраоперационная находка), степень кровопотери. В 1 группу вошли 120 (87.6%) женщин, которые обратились к нам с признаками умеренного внутрибрюшного кровотечения или без него, без признаков геморрагического шока со стабильной гемодинамикой. Всем им проводилась диагностическая лапароскопия, во время которой расценивались состояние матки, маточных труб, яичников, наличие спаечного процесса, локализация плодного яйца. Так как женщины данной группы обратились к нам на поздних сроках, т.е с момента первого приступа прошло более 12-15 дней, то во время проведения сальпинготомии за частую мы сталкивались либо с плотным приращением плодного яйца к стенке матки с признаками трубного кровотечения, либо с локализацией плодного яйца в интерстициальном слое маточной трубы, при которых приходилось

заканчивать операцию сальпингэктомией. Также в 1 группу вошли 17 (12.4%) женщин, которым на высоте кровотечения и с признаками геморрагического шока произведена лапароскопия с удалением маточной трубы, а вся коррекция гемодинамических нарушений корригировалась с участием анестезиолога и трансфузиолога на операционном столе согласно всем стандартам реанимации. В итоге 137 женщинам данной группы произведено 137 лапароскопий, при которых лапароскопическая сальпингэктомия произведена в 127 случаях, а органосохраняющая (сальпинготомия) в 7 случаях. Конверсия произведена в 3 случаях, при которой имел место массивный спаечный процесс малого таза из-за ранее проведенной операции на брюшной полости. В 20 случаях проведена попытка проведения органосохраняющей операции, но из-за плотного приращения к стенке маточной трубы плодного яйца и трубного кровотечения, а также локализации плодного яйца в интерстициальном или истмическом отделе маточной трубы операции заканчивались сальпингэктомией. Кровопотеря интраоперационно составляло от 150 до 400мл. Длительность операций у данной группы составляло 40 ± 10 минут, послеоперационных осложнений не было. Женщины 2 группы составило 216 (61.2%) и как правило они обращались к нам с клиникой нарушенной эктопической беременностью с клиникой геморрагического шока и массивным внутрибрюшным кровотечением. Во время лапаротомии выявлен разрыв с полной деструкцией стенки маточной трубы, при котором нет возможности проведения органосохраняющей операции. Кровопотеря интраоперационно составляла от 800 до 2000мл. Интраоперационно проводилась реинфузия крови в 70% случаях. У женщин 2 группы продолжительность операций составило в среднем 70 ± 10 минут. Осложнений в послеоперационном периоде у данной группы 5, из которых 4 составляли инфильтраты послеоперационной раны, в 1 случае релапаротомия по поводу несостоятельности швов культи маточной трубы (локализация плодного яйца в трубно-маточном углу). Сроки госпитализации у женщин 1 группы в среднем составило 4 дня, а у женщин 2 группы – 6-7 дней.

Выводы: 1. Своевременная диагностика эктопической беременности позволяет в кратчайшие сроки провести операцию лапароскопическим доступом.

2. Применение лапароскопии имеет высокую и лечебную ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно снижает сроки реабилитации.

3. Применение лапароскопии оправдано даже у женщин с нарушенной эктопической беременностью, сопровождающееся клиникой геморрагического шока и признаками внутрибрюшного кровотечения при полной готовности операционной бригады.

4. Применение лапароскопии приводит к минимизации образования спаечного процесса и развитию трубного фактора бесплодия, что играет большую роль у женщин репродуктивного периода с целью сохранения репродуктивной функции.

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К.
Ташкентская медицинская академия

Общим признаком опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) является накопление во внутренней среде организма большого количества разнообразных по своей природе промежуточных и конечных метаболитов, среди которых преобладают гидрофобные соединения и средние молекулярные пептиды (СМП), плохо элиминирующиеся системой выделения. Цель исследования: изучить влияние чрескожно-чреспеченочных эндобилиарных вмешательств на уровень СМП в сыворотке крови и желчи у больных механической желтухой опухолью левого генеза.

Материалы и методы. В исследование вошли 34 больных, у которых была диагностирована опухоль органов БПДЗ. Средний возраст больных – 54,3±3,2 года. Женщин – 18, мужчин – 16. Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии 8. Причиной механической желтухи (МЖ) у 12 больных была опухоль головки поджелудочной железы, у 9 – опухоль ворот печени, у 5 – опухоль терминального отдела холедоха, у 4 – рак фатерова сосочка, у 2 – рак общего печеночного протока, и у 2 – рак желчного пузыря. Результаты. Выраженная эндогенная интоксикация проявлялась увеличением концентрации СМП в плазме крови, которое превышало норму в 1,9 раза. Соответственно содержание СМП из первых порций желчи после наложения ЧЧХС составило в среднем 0,33±0,06 ед. (норма 0,25±0,02 ед). На 3-и сутки после ЧЧХС уровень СМП имел незначительную тенденцию к снижению и в среднем составлял 0,41±0,05 ед. В последующие сутки после декомпрессии желчных протоков отмечалось постепенное снижение уровня СМП в плазме, который на 10-е сутки составлял в среднем 0,35±0,06 ед. На 14-е сутки наблюдения содержание СМП снизилось до нормальных значений и составило в среднем 0,28±0,05 ед. Характер изменения содержания СМП в желчи в послеоперационном периоде мало отличался от такового в плазме крови. На 3-и сутки отмечался значительный рост уровня СМ в желчи – до 0,39±0,04 ед. К 10-м суткам наблюдения уровень СМП имел тенденцию к увеличению, в среднем до 0,41±0,05 ед. На 14-е сутки содержание СМП продолжало нарастать, т.е. СМП стали больше отделяться с желчью, и среднее значение их уровня составляло 0,46±0,04 ед. За период наблюдения отмечен значительный рост экскреции СМП с желчью.

Выводы. Применение чрескожных эндобилиарных вмешательств при опухолях БПДЗ, осложненных МЖ, сопровождающихся выраженной эндогенной интоксикацией, способствует элиминации СМП через желчь. Это является важным этапом предоперационной подготовки, а также фактором улучшения качества жизни иноперабельных больных.

O'SMA GENEZLI O'TKIR OBTURATSION YO'G'ON ICHAK TUTILISHINING KEKSA YOSHDAGI BEMORLARDA XIRURGIK DAVOLASH

Aripova N.U., Israilov B.N., Otamuratov M.R., Niyazmatov B.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Yo'g'on ichak saratoni bilan og'rigan bemorlar soni doimiy ravishda o'sib bormoqda. Qorin bo'shlig'idagi shoshilinch jarrohlikning muammosi shundaki, bu bemorlarning katta qismi keksa yoshdagi bemorlar bo'lib, o'sma etiologiyali o'tkir ichak tutilishi ko'pincha kasallikning birinchi klinik belgisidir. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan keksa bemorlarda operatsiyadan keyingi o'lim 21-44% ni tashkil qiladi va og'ir birga keluvchi kasalliklar mavjud bo'lganda 80% ga etadi. Shu nuqtai nazardan, keksa bemorlarda o'sma genezli o'tkir obturatsion yo'g'on ichak tutilishini xirurgik davolash natijalarini yaxshilash dolzarb muammolardan biridir.

Material va metodlar. Biz shoshilinch jarrohlik amaliyotini boshidan o'tkazgan 39 ta keksa yoshdagi bemorlarni 2011-2019 yillarda xirurgik davolash natijalarini retrospektiv tahlil qildik. Ularda 21 nafar erkak (53,8%), 18 nafar ayol (46,2%) va bemorlarning 75% 65 yoshdan katta bo'lgan. Jarrohlik amaliyoti paytida quyidagilar aniqlandi: o'ng yarmining stenozlaydigan o'smalari – 20,5%, ko'ndalang chambar ichak – 12,8%, yo'g'on ichakning chap yarmi – 28,2%, rektosigmoid bo'lim – 38,5%.

Natijalar va muhokama. Ichak tutilishining dekompensatsiyalangan shakli bilan barcha bemorlar og'ir ahvolda qabul qilingan. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng barcha bemorlar operatsiya qilindi. Kasallikning rivojlanishida asosiy o'sma jarayoni va ichak tutilishi sababli intoksikatsiyaning ikki tomonlama tabiati muhim rol o'ynaydi. Shu munosabat bilan o'sma genezli yo'g'on ichak tutilishini xirurgik davolashda muhim bosqichi bu ingichka

ichakning intraoperatsion nazoenteral intubatsiyasi bilan ingichka ichakning etarli darajada dekompressiyasidir.

Bemorlarga quyidagi jarroxlik amaliyotlari o'tkazilgan:

1. O'simta yo'g'on ichakning chap tomonlama joylashuvida o'smani olib tashlagan xolda bir og'izli kolostoma shakllantirilgan (Hartman operatsiyasi).

2. O'simta yo'g'on ichakning o'ng yarmida joylashuvida (ko'r, ko'tarilgan) 68% xolatlarda o'ng tomonlama gemikolektomiyani amalga oshirilgan. Qolgan holatlarda aylanma enterotrazverzoanastamoz shakllantirilgan.

3. O'simta yo'g'on ichakning ko'ndalang chamber ichak qismida joylashuvida yo'g'on ichak shu qismi o'simta bilan birgalikda rezeksiya qilinib bir og'izli kolostoma shakllantirilgan.

Operatsiyadan keyingi davrda oqsil muvozanatini tiklashga va hayotiy organlarni qo'llab-quvvatlashga qaratilgan intensiv davolanish va ichak faoliyatini tiklash maqsadida erta enteral oziqlantirish amalga oshirilgan.

Taqdim etilgan bemor guruhida o'tkazilgan davolanish natijalarining tahlili shuni ko'rsatdiki, o'tkir yo'g'on ichak tutilishi bilan og'rigan keksa yoshli bemorlarda operatsiyadan keyingi o'lim 11,8% ni tashkil etdi.

Xulosa. Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ko'p hollarda o'sma genezli yo'g'on ichak tutilishi bo'lsa, birlamchi jarroxlik amaliyoti paytida o'simtani olib tashlash keksa yoshli bemorlarda o'simta genezli obturatsion yo'g'on ichak tutilishlarini jarrohlik davolash natijalarini yaxshilaydi, shuningdek, ushbu toifadagi bemorlarning umr ko'rishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

ПРИМЕНЕНИЕ СО2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Бабаджанов Х.Р., Юсупова Ш.А.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

В последние годы все больший интерес ученых и практических специалистов привлекают вопросы изучения папилломавирусной инфекции человека (ПИЧ). Данный интерес, прежде всего связан с неуклонным ростом ее распространенности, высокой контагиозностью и доказанной онкогенностью. Остроконечные кондиломы (*condyloma acuminatum*) представляют собой экзофитные фиброэпителиальные образования, локализующиеся на коже и слизистых оболочках половых органов, перианальной области [45,47]. Могут наблюдаться гигантские формы, представляющие собой веррукозные разрастания, которые сливаясь между собой образуют крупный очаг розового или красного цвета в виде цветной капусты, мягкой консистенции с дольчатой влажной мацерированной поверхностью, нередко с кровотокающими трещинами.

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов аблятивного воздействия углекислого лазера на остроконечные кондиломы.

Материалы и метод исследования. Под нашим наблюдением находились 12 пациентов – беременных женщин (III триместр), которым проводились операции по удалению аногенитальных кондилом с помощью eCO₂-лазера (eCO₂, Lutronic S.Korea). У 6 из них кондиломы располагались в области входа во влагалище, у остальных в области ануса. Проведены тщательный сбор анамнеза, осмотр больных, консультация гинеколога, вульвоскопия, цитология и микроскопия мазка. Количество сеансов лечения варьировал от 1 до 3 в зависимости от размера образования. Больные находились под наблюдением в течении 1 года. Критериями оценки клинической и лабораторной эффективности являлись [В.И. Роговская, 2007]: - полное клиническое выздоровление: отсутствие кондилом и воспалительных изменений слизистой влагалища, а также отрицательный результат цитологического исследования.

Результаты исследования: После удаления у 9 пациентов не было отмечено повторного рецидива в течении 2 лет. У 3 пациенток рецидив наблюдался в течении 6 месяцев, которым также провели повторное удаление.

Выводы. Удаление остроконечных кондиллом при помощи CO₂ лазера у беременных женщин показал высокую эффективность, отсутствие рецидива, минимальную инвазивность, быстрое восстановление, выраженный эстетический результат.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ

Бакиев Б.К., Атаджанов М.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель – улучшение диагностики и результатов лечения больных с повреждениями латерального мениска коленного сустава с энтезопатией сухожилия подколенной мышцы.

Материалы и методы исследования: В Хорезмской области за период с 2016 по 2018 гг. находились на лечении 118 больных с повреждениями латерального мениска коленного сустава. Из них мужчин было 97, что составило 82,2%, и женщин 21 (17,8%).

Анализируя причины спортивной травмы было выявлено, что травма в результате занятия футболом получена у 53 (44,92%) пациентов, вольной борьбой у 22 (18,64%), баскетболом 9(7,63%), спортивной и художественной гимнастикой 13(11,02%), легкой атлетикой 6 (5,08%), и в остальных 15 (12,71%) случаях другими видами спорта. Методы исследования включали в себя как общепринятые ортопедические обследования, так и клиничко-лабораторные исследования. Из инструментальных методов исследования нами использованы: рентгенологическое обследование КС в двух проекциях, МРТ, УЗИ и артроскопия.

Результаты и их обсуждение: При магнитно-резонансной томографии коленного сустава стандартным методом из 74 пациентов 53 (71,62%) пациентам подтвержден диагноз – повреждение латерального мениска коленного сустава. 21 (28,38%) пациентам выставлен диагноз менисцит латерального мениска коленного сустава.

При артроскопическом обследовании: из 118 пациентов у 92 (77,97%) диагностированы повреждения латерального мениска, что на 6,35% больше по отношению к результатам МРТ. При этом у 40 (43,48%) пациентов из них, определили повреждения латерального мениска с покраснением, отёчностью и гипертрофией синовиальной оболочки вокруг сухожилия подколенной мышцы, то есть с энтезопатией СПМ, что не было диагностировано при МРТ. Также, при артроскопическом обследовании у 26 (22,03%) пациентов диагностирован менисцит заднего рога латерального мениска коленного сустава с энтезопатией сухожилий подколенной мышцы. Следует отметить, что из 118 пациентов 52 (44,07%) пациентам с повреждением латерального мениска коленного сустава без энтезопатии СПМ провели частичную (1/3) менискэктомия латерального мениска. Остальным 66 (55,93%) пациентам с повреждением (n=40) и менисцитом (n=26) латерального мениска коленного сустава с энтезопатией СПМ провели частичную (1/3) менискэктомия с частичной синовитэктомией вокруг сухожилие подколенной мышцы.

После операции, у всех больных конечность фиксировалась специальной лангетной шиной 4-5 дней. После этого проводилась разработка в коленном суставе. На 6 сутки больных выписывали на амбулаторное лечение. Общая трудоспособность восстанавливалась через 3-4 недели, спортивная – через 2-3 месяца.

Выводы:

1. Артроскопия коленного сустава при менисцитах латерального мениска и энтезопатии сухожилия подколенной мышцы даёт 100% диагностику и определяет тактику оперативного лечения,

2. Артроскопическую частичную (1/3) менискэктомию с частичной синовитэктомией сухожилий подколенной мышцы дает возможность быстрого выздоровления коленного сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Бакиев Б.К., Наврузов Д.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Целью было улучшение диагностики больных с повреждениями латерального мениска коленного сустава с помощью магнитно-резонансной томографии.

Под нашим наблюдением в отделении спортивной травмы НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз за период с 2015 по 2018 годы находились на лечении 118 больных с повреждениями латерального мениска. Выявлено, что травма в результате занятия футболом получали 44,9% пациентов, вольной борьбой 18,6%, баскетболом 7,6%, спортивной и художественной гимнастикой 11,1%, легкой атлетикой 5,1%, остальными видами спорта 12,7% пациентов.

Всем обследованным проводили общепринятые ортопедические обследования и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

При МРТ КС применяли различные протоколы (T1- и T2- режимы), исследования выполняли в коронарной и сагиттальной плоскостях. Обследовали состояние менисков, хряща, связочного аппарата, костного вещества. Использовали аппарат Alltech Ehostar 1,5 Tesla.

При проведении МРТ на средне-сагиттальных срезах были отчетливо видны волокна четырехглавой мышцы и сухожилия надколенника с низкой интенсивностью МР-сигнала на T1- и T2- изображениях. Находящаяся под надколенником жировая клетчатка практически всегда давала МР-сигнал высокой интенсивности. При этом крупные сосуды в подколенной ямке четко визуализировались повышенным МР-сигналом на T2- изображениях и пониженным МР-сигналом на T1- изображениях.

Коллатеральные связки на сагиттальных изображениях обычно не дифференцировались, неизменная синовиальная оболочка не визуализировалась. Собственная связка надколенника, жировое тело Гоффа, мышцы и их сухожилия также четко дифференцировались за счет своей естественной МР-контрастности. Но в данной проекции невозможно было оценить состояние латеральной и медиальной коллатеральных связок, межмышечковых возвышений большеберцовой кости. Кроме того, было мало информации о состоянии мышечков бедренной и большеберцовой костей. Изображения КС во фронтальной проекции в основном были необходимы для определения состояния коллатеральных связок, мышечков бедренной кости, менисков, межмышечковых возвышений большеберцовой кости. Данная проекция являлась оптимальной для оценки состояния менисков КС.

Латеральная коллатеральная связка идентифицируется на задних фронтальных срезах в виде тонкой ленты с низкой интенсивностью МР-сигнала на T1- и T2- изображениях. Связка отделена от латерального мениска КС слоем жировой ткани, дающей МР-сигнал высокой интенсивности в обеих изображениях.

Медиальная коллатеральная связка идентифицируется на срединных срезах. Мениск КС выглядит как пучок волокон с сигналом низкой интенсивности в T1- и T2- режимах, простирающийся от медиального мышечка бедренной кости. На изображениях, проходящих по заднему краю мышечков бедренной кости, мениск КС визуализировался, на двух - трех 5-мм срезах, прилегающих друг к другу.

На серии задних срезов, получали изображения передней и задней крестообразной связок. Они визуализировались таким же МР-сигналом, как и в сагиттальной проекции, согласно своему анатомическому расположению.

Во фронтальной проекции МР-сигналом повышенной интенсивности на T1- и T2-изображениях отчетливо визуализировались состояние мышечков бедренной и большеберцовой костей, межмышечкового возвышения большеберцовой кости, суставных гиалиновых хрящей, за исключением надколенника. Отчетливо прослеживали мышцы и сухожилия наружной и внутренней сторон КС, отображающихся МР-сигналом средней интенсивности на T1- и T2- изображениях. Прослеживали состояние переднего и заднего рога латерального и медиального менисков. Однако, данная проекция была менее информативна для оценки состояния крестообразных связок и менисков, чем сагиттальная. Установлено, что анатомические детали лучше отображаются на T1- изображениях в силу их более высокой пространственной разрешающей способности.

Таким образом, магнитно-резонансная томография имеет большое значение для диагностики травм коленного сустава. При дооперационной подготовки проведения магнитно-резонансная томография улучшает диагностику и увеличивает положительный исход оперативного вмешательства.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТКАНИ МЕНИСКОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Целью было определение диагностической ценности морфологических исследований тканей менисков при их травматических повреждениях у лиц, постоянно занимающихся спортом.

Морфологическое исследование фрагментов ткани менисков было проведено у 54 пациентов (102 образцов), полученных во время хирургического вмешательства артроскопом. Изучение и фотографирование светооптических препаратов проводили с помощью микроскопа «AXIOSKOP-40» (Carl Zeiss, Германия), с цифровой камерой ProgRess, CaputerPro 2.6, сопряженной с компьютером на базе процессора Pentium IV.

Нами выявлено, что морфологические проявления травмы менисков заключаются в повреждении его коллагеновых волокон, межучного вещества и хондроцитов без развития в них реактивных воспалительных изменений и при наличии ярко выраженных воспалительных изменений в синовиальной оболочке капсулы коленного сустава (КС). При этом, морфологически типичными являлись горизонтальные, косо-горизонтальные или множественные разрывы, имеющие вид расслоения соединительно-тканного хряща.

При остром периоде травмы разрывы менисков в без сосудистых участках не сопровождаются развитием обширного некроза ткани хряща. Возникают очаговые повреждения его преимущественно в глубоких отделах средней части мениска, в меньшей степени в околокапсулярной и свободной его зонах.

При хронической форме (более 2 месяцев после травмы), наблюдали скопление хондроцитов с округлыми ядрами и выраженной цитоплазмой вблизи участков повреждения, что указывает на клеточную реакцию. В хроническом периоде травмы при разрыве мениска в аваскулярных и в васкулярных зонах отмечаются наличие микронекротических участков.

Если разрыв мениска в аваскулярной зоне переходит на кровоснабжаемую, то возможно прорастание грануляционной ткани и в периферические аваскулярные отделы полулунного хряща. Часть продольных вертикальных повреждений менисков с длинной линией разрыва, проходящей как в сосудистой, так и аваскулярной зоне имеет

перспективы к восстановлению лишь при условии активного хирургического способа. Это относится в основном к группе разрывов менисков по типу «ручки лейки».

Анализ результатов морфологического исследования полученных во время операций мениска и сопоставление морфологических данных с проспективным анализом результатов клинических наблюдений, позволяет установить прямую, тесную связь между структурным статусом поврежденных участков мениска и его восстановления по клиническим данным.

Оценка структурного статуса микробиоптатов поврежденных участков позволяет, с определенной тонкостью, делать прогнозы о результатах хирургического лечения.

Таким образом, наличие большого числа клеток, развитая сеть кровеносных микрососудов в определенных зонах мениска определяет высокую способность данных тканей к восстановлению после повреждений КС и в частности, после проведения артроскопии. Морфологические исследования биоптатов мениска полученных во время операций, с оценкой их потенции к регенерации, также может служить прогностическим критерием их репаративного потенциала и положительных клинических результатов.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ

Гиясов Х.Р., Фаттаев Р.Ф., Атамуратов С.Р., Рузибаев А.Р.,
*Хорезмский филиал Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра урологии*

Введение: На протяжении многих лет единственным методом лечения урологических больных были открытые хирургические вмешательства, значительная травматичность которых приводила к длительному реабилитационному периоду. В последние десятилетия при этих заболеваниях стали применять эндовидеохирургический метод, позволяющий по – иному взглянуть на проблему лечения таких больных. Этот метод создаёт альтернативу открытым хирургическим вмешательствам, что даёт возможность выполнять радикальное лечение при минимальной инвазивности. В конце 90-х в США внедрены роботоспециализированные хирургические системы da Vinci в более 500 хирургических клиниках мира с целью преодоления основных недостатков лапароскопической хирургии. В России тоже установлены подобные системы, которые имеют трёхмерную визуализацию операционного поля и способствует лучшей ориентации в ограниченном пространстве, более качественному выполнению сложных оперативных вмешательств при меньших физических затратах операционной бригады.

Материалы и методы: С октября 2017 года по сентябрь 2019 год в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ) 56 пациентам выполнены эндовидеохирургические операции, из них 27 мужчин и 29 женщин, в возрасте от 17 до 60 лет.

Результаты. По характеру лапароскопических операций больные распределились следующим образом : Кистэктомия выполнялась 15 (26,8%) больным, чаще выявляли одиночные солитарные кисты нижнего и верхнего полюса; уретеролитотомия выполнена 3 (5,3%) больным, пиелопластику при гидронефрозе выполняли 11(19,6%) больным, 2(3,5%) из них- производили уретеролизис; нефрэктомия выполняли 26 (46,4%) пациентам, 18 (32,1%) из них при вторично-сморщенной почке, 8(14,3%) – при нефункционирующей гидронефротической почке, 14 (25%) пациентам применяли трансперитонеальный доступ с использованием в большинстве случаев трёх троакаров, остальным 42(75%) больным - ретроперитонеоскопический. Кровопотеря при всех операциях составляла от 10 до 150 мл. Общее состояние пациентов спустя сутки после операции было удовлетворительным и они уже были активны на вторые сутки. Дренаж удаляли на 2-3 сутки. Пациенты после иссечения кист почек, уретеролитотомии, нефрэктомии - на 4-5 сутки, после пиелопластики - на 6-7 сутки.

У больных при наблюдении в срок от 3 месяцев до 1 года ранних и поздних осложнений не наблюдали.

Заключение. Выполнение лапароскопических операций у урологических больных является современным перспективным малоинвазивным хирургическим вмешательством, позволяющим устранить патологию за короткий период пребывания в стационаре и быстро восстановить их трудоспособность, улучшить функцию почек, у мужчин молодого и среднего возраста, у мужчин пожилого возраста значительно улучшить качество жизни.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИ РОЛИ

Бердиев Э.А.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали.

Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

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:

Материалы и методы: 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 усулларида 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 стационарга 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 чандиқ атрофи УТТ текшируви ўтказилганидан сўнг стандарт бўлмаган жойларидан, 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 баргараф 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 камайтиши, операция амалиётига кетадиган вақт, беморнинг физик активлигининг тикланиши, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайти ва яхши косметик самара қолдиради.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Гиясов Х.Р., Матназаров Э.Н., Нурмедов Ф.А. Рузибаев А.Р.,
*Хорезмский филиал Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра урологии*

Введение: Перкутанная нефролитотрипсия прочно обосновалась в арсенале урологов и является «золотым стандартом» лечения крупных и коралловидных камней. Метод, являясь малоинвазивным, за последние годы претерпел значительные изменения в технических аспектах, и в 1997 году была представлена еще менее инвазивная модификация — мини-перкутанная нефролитотрипсия (минимально-инвазивная перкутанная нефролитотрипсия, малоинвазивная ЧНЛТ, «мини-ПЕРК»). Впервые методика «мини-ПЕРК» была применена у детей и уже через несколько месяцев стала применяться и у взрослых. В отличие от стандартной перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) с использованием тубусов и кожухов Amplatz 24–32 CH при мини-ПНЛ используются тубусы и кожухи 12–16,5 CH, при этом происходит уменьшение рабочего канала при операции. Предшествующие исследования позволили предположить, что использование меньшего калибра инструментов и пневматической и/или лазерной литотрипсии может быть более безопасным и эффективным, чем стандартная ПНЛ.

Материалы и методы: С августа 2019 года по октября 2019 год в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ) 35 пациентам выполнена мини-перкутанная нефролитотрипсия, из них 25 мужчин и 10 женщин, в возрасте от 13 до 60 лет.

Результаты. Мини-перкутанная нефролитотрипсия была произведена по поводу: Коралловидных камней 8 (22,86%); камня в/3 мочеточника 8 (22,86%), камня лоханки 15(42,86%), камней чашечек 4 (11,43%) пациентам. Доступ в ЧЛС производили через нижнюю группу чашечек заднего сегмента с использованием тубуса 16,5 Ch. Кровопотеря при всех операциях составляла от 10 до 150 мл. Общее состояние пациентов спустя сутки после операции было удовлетворительным и они уже были активны на вторые сутки. Дренаж удаляли на 3-4 сутки.

У больных при наблюдении в срок от 15 дней до 1 месяца ранних и поздних осложнений не наблюдали.

Заключение. Мини-перкутанная нефролитотрипсия является высокоэффективной и безопасной методикой лечения пациентов с крупными и коралловидными камнями почек. К преимуществам данной лечебной методики относится минимальная частота осложнений и отсутствие клинически значимой кровопотери.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ

Джуманязов С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

За последние два десятилетия внутриматочная хирургия претерпела большое количество уточнений, усовершенствований и инноваций как в диагностике и уточнении показаний, так и в хирургической технике и инструментарии. Новые технологии, пришедшие на смену устаревшим, вывели часть процедур из стационара в амбулаторию, сделав процедуры для пациентов более безопасными, эффективными и комфортными. Если ранее объектом вмешательства служило образование в полости матки, то сегодня возможны некоторые операции во время беременности.

Сегодня внутриматочная хирургия представлена офисной и стационарной гистероскопией, гистерорезектоскопией, внутриматочной морцелляцией, внутриматочным термовоздействием (криовоздействие, термоабляция, микроволновая абляция) и фетальной хирургией. С момента первой публикации операции D.C. Pantaleoni в 1869 г. гистероскопия до 1997 г. совершенствовалась в направлении выбора среды для расширения полости матки, оптической системы и миниатюризации конструкции гистероскопа, а также формирования набора инструментов и возможных источников энергий. Стандартной конструкцией для гистероскопа являются следующие элементы: оптическая трубка, наружный тубус и промежуточный тубус с каналами подвода/отвода расширяющей среды, а также канал(ы) для инструментов или проводников энергии.

В 1997 г. докторами S. Betocchi, L. и Selvaggi был представлен способ доступа в полость матки, названный впоследствии гистероскопией «по Бетокки» (бесконтактной гистероскопией, офисной гистероскопией, «по touch» гистероскопией). Данное изобретение позволило действительно без анестезии проводить не только диагностическую, но и хирургическую гистероскопию в условиях амбулатории. В такой форме три основные модификации гистероскопии: офисная гистероскопия, стационарная гистероскопия и гистерорезектоскопия — существуют до сих пор, конкурируя через одинаковые показания, но имея разные лечебно-хирургические возможности.

Важно отметить, что возможность проведения гистероскопии по своей методике профессор С. Бетокки обосновал тем, что минимальный диаметр наружного и внутреннего отверстия цервикального канала составляющий около 5 мм, соответствовал наружному размеру используемого гистероскопа. По своей конструкции офисный гистероскоп представляет собой миниатюризированный стационарный гистероскоп и при практически идентичных терапевтических возможностях не требует проведения анестезии. Таким образом, стационарная проигрывает офисной как минимум необходимостью анестезии, а резектоскопии — мощностью хирургического воздействия на патологический объект в полости матки, соответственно, необходимость в использовании гистероскопа диаметром более 5 мм отсутствует.

ГИСТЕРОРЕКТОСКОПИЯ

Джуманязов С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящее время «золотым стандартом» лечения внутриматочной патологии считается резектоскопия. Эта технология является наиболее распространенной. Список показаний для резектоскопии наиболее полный по сравнению со всеми технологиями внутриматочной хирургии.

Велик и список возможных осложнений. Значительно снизить количество осложнений и повысить безопасность резектоскопии позволило внедрение биполярной энергии, электролитных сред для расширения полости матки и усовершенствование конструкции гистеропомп, оснащение их функцией контроля за расходом и дефицитом

израсходованной жидкости. Внедрение биполярной энергии позволило использовать для растяжения полости матки 0,9% NaCl, работать в полости матки более длительное время, снизив риск метаболических и гемодинамических расстройств. По мнению M. Vleugels, биполярный генератор является идеальным для внутриматочной хирургии. Одними из последних усовершенствований стали: система автоматического удаления срезанных резектоскопом кусочков, и гистеропомпа, снабженная двумя роликовыми насосами и автоматически поддерживающая заданные параметры в полости матки. Для проведения операций требуется общая или регионарная анестезия, а также стандартное предоперационное обследование и послеоперационное наблюдение. Особенности резектоскопии являются длительность обучения и накопления опыта врачом, необходимость в четких знаниях принципов электрохирургии, владение операционными приемами, знание симптомов и патогенеза развития осложнений и алгоритма действий по их предотвращению и терапии.

При планировании оперативных вмешательств необходимо учитывать степень сложности проводимой операции в соответствии с приведенными ниже рекомендациями:

1. прицельная биопсия, разделение тонких синехий, полипэктомия, удаление ВМК, трубная катетеризация;

2. разделение синехий третьей степени, удаление крупных полипов и миоматозных узлов диаметром до 2 см, тонкой внутриматочной перегородки;

3. удаление подслизистой миомы диаметром до 5 см или подслизистого миоматозного узла типа 2 с помощью резектоскопа, разделение синехий при выраженном рубцово-спаечном процессе, рассечение толстой внутриматочной перегородки.

По мнению В.И. Кулакова гистероскопия 1-й степени сложности может выполняться при наличии в поликлинике специально оборудованного кабинета для гистероскопии, 2-й степени сложности — при наличии оборудованной в амбулатории операционной, 3-й — при наличии стационара и возможности лапароскопического контроля.

К ПРОБЛЕМЕ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова.*

Из всех форм ОП самым значительным уровнем летальности сопровождается тяжелый острый панкреатит (ТОП), развивающийся в 20–30% случаев. Кроме того, возрастает количество пациентов, у которых развиваются инфицированный панкреонекроз, поздняя полиорганная недостаточность (ПОН) и другие тяжелые гнойно-деструктивные осложнения ОП - аррозивное кровотечение, дуоденальный свищ, тонко- и толстокишечные свищи, панкреатический свищ. Согласно различным исследованиям, несмотря на общее снижение заболеваемости за последнее десятилетие, показатели смертности ОП варьируют от 10% до 85%.

Согласно протоколу, проведено лечение 87 пациентов с ТОП за период с 2008 по 2018 гг. Мужчин было 52 (59,8%), женщин – 35 (40,2%), средний возраст составлял 55,5 (38,0-73,0) лет. Острый деструктивный панкреатит диагностирован у 63 пациентов (72,4%), осложненные формы тяжелого деструктивного ОП – у 24 (14,6%). В работе использовали критерии диагностики и определение тяжести ОП, основанные на пунктах международной классификации Атланта-92 второго и третьего пересмотра (2012).

Основным видом лечения ТОП мы считаем интенсивную консервативную терапию, включающую нижеследующие пункты: инфузионная терапия; мультимодальное обезболивание, эпидуральная анальгезия; нестероидные противовоспалительные средства; опиоидные анальгетики; антисекреторная терапия; рациональная антибактериальная

профилактика и терапия ТОП; детоксикация экстракорпоральными методами при отсутствии эндотоксического шока; респираторная поддержка при развитии панкреатит-ассоциированного острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС); нутритивная поддержка обеспечивается парентеральным введением жировых эмульсий, аминокислот.

Показаниями к хирургическим вмешательствам являются: отсутствие эффекта от консервативной интенсивной терапии, прогрессирование перитонеальных явлений, секвестрации железы, развитие гнойных осложнений панкреатита (нагноение панкреонекроза, гнойный парананкреатит, абсцесс сальниковой сумки) обычно на 7-15 сутки; возникновение аррозивных кровотечений.

Лапароскопия проводится в качестве первого этапа хирургического лечения при неубедительном диагнозе панкреатита, уточнении формы заболевания, с целью удаления перитонеального экссудата, дренирования брюшной полости. Основными задачами отсроченных открытых операций являются мобилизация всех очагов некротической деструкции в забрюшинном пространстве, полноценная некрэктомия или секвестрэктомия, отграничение всех некротических зон от свободной брюшной полости, обеспечение адекватного дренирования экссудата с планированием последующего вмешательства в определённые сроки.

По результатам исследования была получена характеристика эпидемического процесса в статике и динамике. Были выявлены причины и ведущие тенденции заболеваемости и смертности, которые определяли ситуацию в недавнем прошлом и позволяют экстраполировать полученные данные на последующий период.

Основными этиологическими формами ТОП у исследуемой группы пациентов явились: билиарный в 50,6% (n=44), алкогольный (включая алиментарно-токсический) – 32,2% (n=28) наблюдений, реже встречался травматический панкреатит (включая случаи после эндоскопических вмешательств) – 17,2% (n=15) наблюдений.

Среди гнойно-септических осложнений у оперированных пациентов с деструктивным ТОП в 59,2% случаев наблюдались инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ, а также флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит в 38,6% и 34,6% случаев соответственно. Реже встречались: абсцессы сальниковой сумки – 27,4% случаев и панкреатогенные абсцессы – 11,5% соответственно. При этом более 50% пациентов с ТОП имели 2 и более гнойно-септических осложнений.

У 33 (38%) пациентов проведены различные виды хирургических вмешательств. У 12 пациентов выполнено дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем, у 10 – лапароскопия, лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, у одного – холедохолитотомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу. У 10 пациентов (из них у четырех – после выполнения малоинвазивных лечебных операций), несмотря на проводимую терапию, развились признаки септической секвестрации, потребовавшие выполнения лапаротомии, некрэктомии, секвестр- и панкреатэктомии, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства. Повторные оперативные вмешательства проведены 14 пациентам, из них восьми больным – повторные некро- и секвестрэктомии, шести – лапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия после малоинвазивных оперативных вмешательств.

Таким образом, интенсивная консервативная терапия без применения хирургических методов привела к выздоровлению 54 (62%) пациентов, из них у 69,2% изначально была диагностирована стерильная форма ОП.

Общая летальность в исследуемой группе составила 18,4%. Удовлетворительные результаты достигнуты у 71 пациента (81,6%) с ОП. При анализе основных причин летальных исходов у умерших с деструктивным панкреатитом за период с 1998 по 2017 гг. установлено, что нарастающая печеночная недостаточность выявлена у 28,8% пациентов, дыхательная (ОРДС), почечная и сердечно-сосудистая недостаточность в 42,5%, 40,5% и 33,2% случаев соответственно. Гораздо реже встречались: ДВС-синдром, который установлен в 14,2%, метаболический синдром и сепсис – в 12,8% случаев, септический

(инфекционно-токсический) шок – в 9,5%, профузные аррозивные кровотечения – 8,3%, профузные гастродуоденальные кровотечения – в 3,5% случаев соответственно. 56 (83,6%) пациентов имели более двух смертельных осложнений.

РОЛЬ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СИСТЕМНЫХ ПАНКРЕАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»

Актуальность проблемы. Наиболее частым и значимым системным осложнением острого панкреатита является панкреатит-ассоциированный острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), который характеризуется тяжелой гипоксемией, требующей незамедлительного применения респираторной поддержки, и прогрессированием диффузного поражения легочной ткани.

Цель исследования. В рамках данной работы нами было изучена роль данного фатального состояния в общей структуре осложнений и причин летальности при билиарном ОП.

Материалы и методы. Из всех случаев ОРДС раннее развитие отмечено в 76,5% (26 из 34) случаях, в структуре всех ОП раннее развитие ОРДС наблюдалось в 11,0% (26 из 237), на фоне других осложнений – 3,4% (8 из 237) случаях. В структуре общей летальности на ОРДС приходится 6,3% (15 из 237) в ранние стадии ОП и 2,5% (6 из 237) в поздние, уже на фоне других осложнений. Показатель летальности в структуре ОРДС составил 44,1% (15 из 34) при раннем развитии и 17,6% (6 из 34) – на фоне других осложнений.

Оценка тяжести течения ОРДС согласно Берлинским дефинициям-2011 показала, что почти половину (41,2%) случаев составляет ОРДС средней степени тяжести, на тяжелое течение отмечается в 32,4% (11 из 34) случаях, легкая степень – 26,5% (9 из 34).

Основным звеном интенсивной терапии ОРДС остаётся своевременно начатая и адекватно проводимая респираторная поддержка. Изучение прироста индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2), как основного показателя эффективности проводимой респираторной терапии, показало, что при панкреатит-ассоциированном ОРДС прирост PaO_2/FiO_2 через 1 сутки до 50% выявлен в 29,4% (10) случаях, от 51 до 100% - в 32,4% (11) и более 100% - в 20,6% (7). При этом 17,6% (6 из 34) наблюдений характеризовались менее 10% приростом индекса PaO_2/FiO_2 , что в свою очередь является неблагоприятным прогностическим признаком ОРДС.

Выводы. Таким образом, факторный анализ основных системных панкреатогенных осложнений при билиарном панкреатите показал, что одним из ведущих признаков неблагоприятного прогноза и исхода заболевания является прогрессирование ОРДС, частота которого составила 12,2% (у 34 из 237 пациентов), при этом в 76,5% (у 26 из 34) случаев отмечается раннее развитие этого осложнения и только у 23,5% пациентов на фоне других проявлений ПОН, а в структуре летальности на ОРДС-ассоциированный фактор приходится 61,8% фатальных исходов (из 34 умер 21 пациент).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Ибраимова Н.П.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Учитывая интенсивный рост частоты оперативного родоразрешения, как в отечественном, так и зарубежном акушерстве проблема ранней диагностики и лечения послеоперационных осложнений является одной из приоритетных.

Согласно данным литературы, послеоперационные осложнения наблюдаются в среднем у 10–23% оперированных больных, достигая при ожирении до 90%. Также отмечается, что немалая часть осложнений в раннем послеоперационном периоде остается нераспознанной, а поздняя диагностика значительно увеличивает риск неблагоприятного исхода повторного вмешательства, направленного на его устранение. Для диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений в клинической практике широкое распространение получили ультразвуковые методы исследования. При этом поиск высокочувствительных ультразвуковых тестов для выявления послеоперационных осложнений продолжается и в настоящее время.

Целью исследования: явилось определение наиболее информативных эхографических признаков, характеризующих осложненное течение послеоперационного периода после кесарева сечения. Обследованы 173 пациенток родоразрешенных путем операции кесарева сечения в областном Перинатальном центре с 2017 по 2018гг. Ультразвуковое исследование в плановом порядке выполнялось на 2, 4 и 6 сутки послеоперационного с помощью ультразвукового аппарата Accuvix XG (Samsung Medison, Южная Корея).

Анализ результатов ультразвуковых исследований у 156 (90%) родильниц с неосложненным течением послеоперационного периода позволил выявить особенности эхографической картины перитонеального пространства и матки в норме после абдоминальных вмешательств. В 90% случаев при осмотре перитонеального пространства нами не отмечено наличия свободной жидкости. В то же время в 10% было определено наличие свободной жидкости в брюшной полости. Так, свободная жидкость в виде анэхогенных линейных структур между париетальной и висцеральной листками брюшины в зоне оперативного вмешательства, толщиной слоя не более 5 мм, однородной эхоструктуры визуализировалась у 4,5% обследуемых до 3 суток. Эхографическая картина желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде была в основном обусловлена моторно-эвакуаторными расстройствами. При динамическом исследовании тонкого и толстого кишечника в раннем послеоперационном периоде отмечали эхографическую картину временного обратимого угнетения моторики – послеоперационного пареза. Так, в течение первых 10–12 часов после оперативного вмешательства отмечали умеренное расширение просвета тонкой кишки, содержащей небольшое количество жидкого неоднородного содержимого и газа. При этом на доступных визуализации отделах тонкой кишки отсутствовали какие либо изменения ее стенки и перистальтики. При ультразвуковом исследовании области послеоперационного рубца местная реакция тканей передней брюшной стенки на операционную травму характеризовалась типичной эхографической картиной. Так, отмечалось снижение эхогенности в зоне линии швов во всех слоях передней брюшной стенки. Ширина гипоэхогенной зоны при поперечном сканировании области послеоперационного рубца составила не более 15 мм у 86% родильниц. Указанные изменения визуализировались в сроки до 7 суток. Патология послеоперационного периода выявлена у 17 родильниц, из них у 7 присутствовали признаки выраженного кишечного пареза. Основными эхографическими симптомами являлись: депонирование жидкости (анэхогенного содержимого) в просвете кишки; преобладание в просвете кишки жидкого содержимого над пневматизацией; увеличение диаметра петель тонкой кишки; утолщение стенок

кишки более чем на 3 мм; неоднородная эхоструктура кишечной стенки; нечеткие контуры кишечной стенки; редкие перистальтические движения; отсутствие моторики (у 4 пациенток); наличие свободной жидкости в перитонеальном пространстве. Признаков послеоперационного перитонита, несостоятельности швов и внутрибрюшного кровотечения за время проведения исследования выявлено не было. Самым частым осложнением являлась осложнения послеоперационной раны – у 11 родильниц. У 7 пациенток – воспалительный инфильтрат, у 1 – серома, у 2 – гематомы, у 1 – нагноение раны.

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование в раннем послеоперационном периоде позволяет объективно оценить состояние брюшной полости и послеоперационного рубца, своевременно диагностировать возникшие осложнения и ориентирует на своевременное их лечение.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кодиров Ф.У.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Исследованию подверглись 182 больных, которые обследованы и оперированы по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Мужчин было 101, женщин – 81. Возраст больных колебался от 18 до 86 лет. Послеоперационная ОСКН в раннем послеоперационном периоде развивалась у 30 больных: у 22 больных после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, у 30 после лапаротомии по поводу травмы живота с разрывом внутренних органов; у 8 связи с повреждением тонкой кишки (ТК), у 3 после ушивания перфоративной язвы желудка, у 3 после ушивания ранения печени, у 15 больных развитию ОСКН предшествовали операции по поводу спаечной кишечной непроходимости. Схваткообразная боль в животе отмечена у 39 больных, рвота – у 35, вздутие и асимметрия живота – у 27, задержка газов и стула – у 25, шум плеска – у 32, симптом Валя выявлен – у 18 больных. Клинические проявления ранней ОСКН проявились в течение 1-й недели у 103 больных, в течение 2-й – у 72 и в течение 3-й недели – у 7 больных после перенесенного оперативного вмешательства.

Результаты. Всем больным проведены консервативные мероприятия, которые продолжались до часов с момента поступления. При неэффективности консервативных мероприятий все больные подверглись к операции. Операции проведены с момента установления диагноза в сроки до 2 ч – 3 больным, до 4 ч – 98 больным, до 6 ч – 55, до 12 ч – 18, до 24 ч – 11 больному. Объем операции заключалась в верхне-срединной лапаротомии, рассечении спаек у 86, резекции тощей кишки с энтеро-энтероанастомозом по типу «бок в бок» у 35, резекции подвздошной кишки с энтеро-энтероанастомозом по типу «бок в бок» у 43, еюностомии у 4 и илеостомии у 18. Назоэнтеральная интубация тонкого кишечника выполнена практически у всех больных. Показаниями к назоэнтеральной интубации были: кишечная непроходимость с вздутием тонкого кишечника более 6-7 см в диаметре или резкой инфильтрацией стенок кишки; наличие в под серозной оболочке кровоизлияний вследствие растяжения кишки; массивные спайки между петлями кишечника; сочетание гнойного перитонита; наложение межкишечных анастомозов или ушивание перфоративных отверстий тонкой кишки в условиях гнойного перитонита. В послеоперационном периоде летальность составил 6 (5,3%) больных. Причинами смертельного исхода явились тяжелая эндотоксемия (4), ТЭЛА (1), острый инфаркт миокарда (1).

Выводы. Ранняя диагностика, своевременное оперативное вмешательство с интубацией тонкого кишечника и полноценное адекватное лечение направленное на

коррекцию нарушений гомеостаза, эндотоксемии и профилактики сопутствующих осложнений позволит снизить послеоперационную летальность и осложнений.

ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ

Курызов О.И., Тухтаев С.Н., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Отслойка сетчатки является одной из наиболее тяжелых патологических состояний в офтальмологии, которая приводит к частичной или полной утрате зрительных функций у детей. Ультразвуковое исследование (УЗИ) В сканирование является важным дополнительным методом диагностики повреждения структур органа зрения, позволяющими выявить гемофтальм, отслойку сетчатки, а также оценить эти состояния в динамике

Цель. Оценить эффективность диагностики патологии органа зрения у детей сопровождающиеся отслойкой сетчатки с помощью УЗИ в режиме В-сканирования.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники ТашПМИ находилось 16 пациентов (13 мальчиков, 3 девочки) в возрасте от 4 до 16 лет. Из них воспалительные заболевания глаз (увеит) наблюдались в 6 (38%) случаях, посттравматическая отслойка сетчатки в 9 (56%), миопия высокой степени в 1 (6%) случаях соответственно. Всем пациентам было проведено УЗИ В-сканирование на ультразвуковом приборе STRONG 6000 T в режиме В-скан с установкой датчика 10-25 МГц. В-сканирование проводили транспальпебрально, при этом получали срезы роговицы, передней камеры, радужной оболочки, хрусталика, стекловидного тела. В режиме В-сканирования исследовали состояние стекловидного тела и оболочек глаза.

Результаты. По данным УЗИ органа зрения выявлены следующие патологические изменения: в 12 (75%) случаях наблюдалось наличие в стекловидном теле единичных, разных размеров гиперэхогенных включений, по типу плавающей пленки, фиброзного тяжа. В 2 (13%) случаях выявлены признаки вдавления хрусталика в стекловидное тело по типу “частично рассосавшегося вещества” в средних слоях стекловидного тела (сублюксация хрусталика). Во 14 (88%) случаях определяли признаки частичной или полной отслойки сетчатки в виде гиперэхогенной линейной той структуры толщиной до 2 мм, отстоящей (частично или полностью) от контуров глазного дна на 1 мм и более. В 2 (12%) случаях наблюдалась экссудативная отслойка сосудистой оболочки, в 1 (6%) экссудативная отслойка сетчатки. В 5(35%) случаях удалось выявить инородные тела в виде единичных и множественных гиперэхогенных теней различной формы в структурах глазного яблока, преимущественно в стекловидном теле. В 6 (38%) случаях выявлена размытость, нечеткость контуров хрусталика, характерная для травматической катаракты.

Вывод. Таким образом, УЗИ глаза — это высокоинформативный метод лучевой диагностики, важное дополнение к клиническим и инструментальным методам в офтальмологической диагностике, в сочетании с другими методами исследования дает возможность судить о сроках и объеме повреждения, определять показания к выполнению хирургического вмешательства. Правильный своевременный подход к проведению лучевых методов диагностики у детей с заболеваниями и повреждениями органа зрения, сопровождающихся отслойкой сетчатки, способствует предупреждению утраты зрительных функций вплоть до полной слепоты.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Лигай Р.Е.¹, Струсский Л.П.¹, Джуманиязов Д.А.¹, Хаджибаев Ж.А.¹,
Нигматуллин Э.И.¹, Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.², Рузметов Б.А.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

²Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Активное развитие и внедрение в клиническую практику различных методов внутрисветной эндоскопической хирургии позволило расширить спектр вмешательств у больных с неоперабельными и нерезектабельными стадиями рака кардиоэзофагеальной зоны. Диатермокоагуляция со стентированием опухоли являются реальной альтернативой оперативного вмешательства, однако, к сожалению, и эти методы также не лишены недостатков. Так диатермокоагуляция сопряжена с риском перфорации стенки пищевода или желудка, что требует экстренного оперативного вмешательства. Использование сетчатых стентов позволяют расширить просвет пищевода в зоне опухоли, но на непродолжительный срок, так как опухоль со временем прорастает через стенки стента вновь обтурируя просвет. Серьезным ограничением для широкого использования в клинической практике эндоскопических вмешательств злокачественных стенозов является высокий риск повреждения стенок пищевода или желудка во время манипуляции встречающегося в 2-10% наблюдений.

Цель: Провести анализ осложнений эндоскопических методов лечения у больных с нерезектабельными стадиями кардиоэзофагеального рака (КЭР).

Материалы и методы: В период с 2001 по 2015 год, в отделение хирургии пищевода и желудка, находилось на обследовании и лечении 457 больных с КЭР.

Из их числа, эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 101(22,1%) пациента.

Результаты: Среди эндоскопических вмешательств (n=101) эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) выполнена у 17(16,8%) и эндоскопическое стентирование (ЭС) у 84(83,2%) больных.

Нами использовался стент собственной конструкции, разработанный в отделении эндоскопии (FAP 01108). Необходимая длина и диаметр определялись на основании эндоскопических и рентгенологических данных.

Методика ЭС у 84 больных зависела от локализации и степени распространенности на КЭП и дистальный отдел пищевода. При этом прямое стентирование выполнено у 11(13,1%), ЭДТ с последующим ЭС у 31(36,9%), эндоскопическое бужирование (ЭБ) с последующим ЭС у 15(17,8%), ЭДТ и ЭБ с последующим ЭС у 27(32,1%).

В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение из зоны опухоли у 12(11,8%), перфорация опухоли у 3(2,97%) и некупируемый болевой синдром у 6(7,1%).

Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей у 18(21,4%), обтурация проксимального отдела стента опухолью 9(10,7%), обтурация дистального отдела стента опухолью – 6(7,1%), миграция стента в желудок 3(3,6%) и миграция в пищевод 1(1,2%).

Рестентирование КЭР выполнено у 6(7,1%) больных.

Заключение: Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Менглиев А.Т., Абрайкулов И.Р
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Ультразвуковое исследование (УЗИ) широко внедрено в хирургическую практику. Нами в клинику «Утан-Полван» проведено УЗИ 249 больным при дифференциальной диагностике острой патологии органов брюшной полости. Обследование проводили на аппарате Mindray 6600 в реальном масштабе после ускоренной подготовки больных. Сканирование проводилось в различных направлениях, обеспечивающих визуализацию внутренних органов в двух плоскостях- продольной и поперечной. Клиническое проявление заболеваний заключалось в локализации выраженного болевого синдрома в различных отделах живота и вздутие, изменениях в анализах крови и мочи, а также биохимических анализах крови, температурной реакции организма. У 180 больных выявлен холецистолитиаз с вторичными изменениями в поджелудочной железе, из них у 68 признаков обтурационного холецистита. Эхосонаографическая картина проявлялась деформацией, увеличением объема, утолщением стенок желчного пузыря более 4 мм, симптомом удвоения стенок желчного пузыря, отеком головки поджелудочной железы, что является признаком его деструкции, наличием перетяжки в различных отделах, камней дающих отдельные акустические тени, а также полное заполнение просвета пузыря камнями, сопровождается наличием сплошной дорсальной тени. У 16 выявлен паразитарные кисты печени и брюшной полости. У 30 кисты яичников в виде эхонегативных образований различной локализации по отношению к матке. Кроме того можно диагностировать внематочные беременности и свободные жидкости в брюшной полости. У 8 больных на УЗИ диагностированы деструктивный аппендицит и эмпиема отростка (симптом «мишень»). При опухолей толстого кишечника у 5 больных эхосонаографически выявлены -объемные патологические образования суживающие просвета кишки в виде «симптома ложной почки». У 10 больных установлено, что механическая кишечная непроходимость(КН) характеризовалась определенным эхографическим симптомокомплексом. Во всех наблюдениях выявлялось неравномерное газонаполнение и увеличение диаметра приводящего отдела кишечника. Движение кишечного содержимого (химуса) в просвете приводящего отдела кишечной трубки характеризовалась как «мятниковообразное», которые возникает на фоне перистальтики. Кроме того, эхографическим симптомом явилась визуализация складок Керкринга (симптом «клавиатуры»). При динамической КН, также выявляются петли тонкой кишки, растянутые жидкостью. Из-за пареза «мятниковообразное» движение химуса кишечника не определяется.

Таким образом, УЗИ является высокоинформативным и абсолютно безболезненным методом выявления патологии органов брюшной полости.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С
*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП*

Хирургическая тактика лечения при остром желудочно-кишечном кровотечении до настоящего времени остается весьма сложной задачей.

Проанализированы результаты лечения 82 больных с гастродуоденальными кровотечениями в отделении неотложной хирургии Шурчинского субфилиала РНЦЭМП с

2008 по 2016 гг. Мужчин было-67, женщин-15. Согласно диагностическому стандарту всем больным проводили клиничко-лабораторные, ультразвуковое и эндоскопическое исследование. Эти тактики позволило определить общее состояние больных, установить источник и характер кровотечения (по Форесту), степень кровопотери и т.д. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)-46/56,1%/; язвенная болезнь желудка (ЯБЖ)- 31/ 37,8% /; эрозивно-язвенный гастродуоденит- 3 /3,6%/; язвы-тумор желудка- 2 /2,4% /. Лечение больных проводили комплексно по лечебно-диагностическому стандарту МЗ РУз. Основными методами лечения считали консервативную терапию и эндоскопические способы гемостаза в виде инъекционного введения 70° раствора этилового спирта и транексамовая кислота. После проведенных мероприятий надежный клиничко-эндоскопический гемостаз был отмечен у 64 больных. У 4 больных достичь первичного надежного гемостаза не удалось, а у 14 пациентов отмечалось рецидивное гастродуоденальное кровотечение. Всем этим больным по жизненным показаниям были произведена оперативное лечение: прошивание кровоточащей язвы желудка и ДПК- 5; иссечение язвы и пилоропластики с селективный ваготомией - 8; резекции желудка по модификации Л.Г.Хачиеву - 2; резекции 2/3 желудка по Бильрот-2 на длинный петли с Браунским соустьем -2; скелетизации желудка по большой и малой кривизне -1. Из 64 больных у 42 хирургическое лечение выполнены в плановым порядке, а 22 больной не оперированы. Всем больным проведено инфузионные терапии, переливание эритроцитарные массы и СЗП, гемостатической терапии внутривенно “Сангера” по 10 мл 2 раза в сутки. . В послеоперационном периоде у 3 больных отмечались частичное нагноение лапаротомные раны, пневмония у 1, острый инфаркт миокард у 1 больного. Умерло 2 больных от сердечно-сосудистые и дыхательные недостаточности.

Таким образом, мы считаем оправданной активно-выжидательную тактику при острых гастродуоденальных кровотечениях. При наличии продолжающегося кровотечения показано выполнение экстренной операции.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА

Наврұзов Б. С., Маткаримов С.Р., Отамуратов Б. Ш. Алланазаров А.Х.

Ташкентская медицинская академия, 1-Республиканская клиническая больница

Актуальность. Проблема воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) обусловлена постоянным ростом заболеваемости в мире. Для лечения ЯК используют препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), кортикостероиды, тиопурины, а также биологические препараты. Благодаря хирургии, возможно полностью избавиться от заболевания, но при этом остаться с пожизненной стомой. Настоящее время, тотальная колпроктэктомия с илеостомией является «золотым стандартом» в хирургическом лечении ЯК.

Цель работы: улучшить результаты лечения язвенного колита и болезни Крона толстой кишки и их осложнений путем применения современных информативных методов диагностики и адекватной лечебной тактики.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 128 больных, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении I - Республиканской клинической больницы МЗРУз с 2016 по 2019 г.г. по поводу язвенных заболеваний толстой кишки.

Результаты. Анализ полученных нами данных показал, что при язвенном колите легкое течение наблюдалось - у 34(35,4%) больных, среднетяжелое - у 38(39,6%), тяжелое течение - у 19(19,8%) и молниеносное течение - у 5(5,2 %) больных. При болезни Крона легкое течение наблюдалось – у 4(12.5%) больных, среднетяжелое – у 12(37.5 %), тяжелое течение –у 11(34.4%) и молниеносное течение –у 5(15.6%) больных.

Виды проведенных операций: тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением «низкого» илеоректального анастомоза с помощью циркулярно

сшивающего аппарата - 16 (29,6%) больным, тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением «ультранизкого» илеоректального анастомоза с помощью циркулярно сшивающего аппарата и превентивная илеостомия - 12(22,3%), тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с формированием культи прямой кишки и одноствольной илеостомы - 6 (11%), колпроктэктомия с формированием пауч - анального анастомоза - 8(9,3%) больным. Произведены двуствольная превентивная илеостомия – у 15 (3,7%) больных.

Выводы: 1. Применение патогенетически обоснованного медикаментозного лечения при легком и среднетяжелом течении язвенного колита и болезни Крона толстой кишки дает возможность получить в 87,2% случаях положительные результаты.

2. Операцией выбора при язвенном колите и болезни Крона толстой кишки являются тотальная колпроктэктомия, с наложением Пауч илеоректа-анального анастомоза с помощью циркулярно-сшивающих аппаратов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Назаров А.К., Каландаров И.А., Саьдуллаев У.О., Тангриберганов К., Напасов С.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта в детском возрасте встречаются достаточно часто, известно стремление детей глотать всякие попавшиеся предметы. Даже значительные по размерам предметы проходят через пищевод, привратник и баугиниеву заслонку без повреждения пищеварительного канал у 80-90% , но у 10-20% больных требуется проведение лечения, чаще эндоскопического их удаления и только у 1% — хирургического вмешательства.

В Хорезмский филиала РНЦЭМП в отделение детской хирургии за период с 2016 – 2018 гг. поступило 66 детей с подозрением на инородное тело ЖКТ. В основном (80%) в возрасте до 3 лет. После первичного обследования в (66) случаях выявлено инородное тело. В диагностике инородных тел верхних отделов ЖКТ ведущее значение придавали сбору анамнеза, проведение обзорной R-графии грудной клетки (с захватом гортани) и брюшной полости, ЭГДС. Удаленные из просвета пищеварительного тракта инородные тела по происхождению разделились на следующие: монеты - 24(34,2%), батарейки 20 - (28,5%), пластмассовые детали игрушек 10 - (4,2%), металлические предметы (шурупы, булавки, магниты, наконечники отвертки и др.) – 6 (8,5%), органические (кости, орех, зерна и др.) – 5 (7,1 %), неорганические (фольга, пленка, бумага) – 1(1,5%). Главной задачей профилактики инородных тел верхних отделов ЖКТ является повышение настороженности родителей и персонала детской дошкольной учреждении, правильная организация досуга и игровой деятельности детей до 5-летнего возраста (исключить мелкие предметы - пуговицы, винтики, детали игрушек и т.д.) диаметром до 3 см, организация профилактической работы среди населения участковым педиатром.

Выводы

1. Лечение и обследование детей с подозрением на инородное тело ЖКТ должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть по возможности извлечено при помощи фиброэндоскопии.

2. Особую опасность представляют аккумуляторные батарейки (плоские, круглые - служат элементом питания в игрушках). Если такая батарейка застряла в пищеводе, щелочь которая в ней содержится начинает разъедать окружающие ткани и она может стать причиной электрохимического ожога пищевода. Иногда достаточно 2-3часов(!), чтобы металлические края батарейки стали пропускать щелочь! Если ребенок проглотил батарейку- необходимо срочно удалить инородное тело!!!

3. Для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.

4. Применение общего обезболивания при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта сокращает время манипуляций и снижает риск возникновения перфорации стенки полого органа.

5. Применение гибких эндоскопов различного диаметра и различного инструментария сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет избежать травматизации стенок пищевода и улучшить качество диагностики.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Назаров А.К., Каландаров И.А., Тангриберганов К., Напасов С.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Спаечная болезнь продолжает оставаться недостаточно решенной проблемой хирургии органов брюшной полости, что во многом связано с трудностями изучения патогенеза и отсутствием эффективных методов профилактики заболевания. Наиболее часто встречается спаечная непроходимость кишечника (СНК), летальность при которой достигает 13 - 55 %. Диагностика острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) не представляет особых трудностей, так как заболевание имеет четкий патогенез, то есть прекращение пассажа содержимого по кишечнику, который выявляется рентгенологически и клинически. Нами проанализированы результаты клинорентгенологической диагностики ОСНК. За 2003-2013 год в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП пролечено 70 больных с ОСНК: в возрасте от 1 до 3 лет из них было 10 (14,2 %) больных, от 4 до 7 лет - 37 (52 %), от 8 до 17 лет 23 (32%).

ОСНК возникла после аппендэктомии у 32 (45 %) больных, после операций по поводу травм брюшной полости у 25 (35,7 %), после дивертикулэктомии у 13 (18 %). Приступ ОСНК возник один раз у 28 (40 %) больных, два раза - у 32 (45,7 %), три раза - у 10 (14,2 %). В диагностике заболевания учитывали клинические признаки и данные рентгенологического исследования. У всех больных выявлены признаки острой непроходимости кишечника различной степени выраженности: схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов. Наиболее достоверными симптомами заболевания считали задержку стула и газов, асимметрию живота (симптом Валя), «шум плеска», большое количество застоя в желудке, выделяющегося при его зондировании. Эти симптомы явились основанием для установки диагноза полной непроходимости кишечника уже во время госпитализации у 58 (82,8 %) больных. У 12 пациентов (17,1 %) эти симптомы были менее выражены. Для подтверждения диагноза всем больным проводили рентгенологическое исследование, которое начинали с обзорной рентгенографии брюшной полости. Полное соответствие клинических проявлений и рентгенологических признаков ОСНК отмечено у 58 (82,8 %) больных. Менее выраженные клинические признаки обнаружены у 12 (17,1%) больных, но в этой группе были четкие рентгенологические признаки кишечной непроходимости - чаши Клойбера, кишечные арки. Рентгенологическое исследование с использованием бариевой взвеси проведено у 20 (28,5 %) больных. Основными показаниями к изучению пассажа бариевой взвеси по кишечнику являлись слабо выраженные клинические признаки, небольшая длительность заболевания, а также малая эффективность операций, проведенных ранее по поводу спаечной непроходимости кишечника. Использование подобной тактики позволило избежать операции у 7 больных, несмотря на наличие явных клинических признаков. Еще у 13 больных процесс разрешился самостоятельно, что свидетельствовало о частичной непроходимости кишечника. Это подтверждено при рентгенологическом

исследовании: замедление пассажа бариевой взвеси, неравномерное заполнение петель тонкой кишки.

Прооперировано 50 (71,1 %) больных. Препятствие пассажу кишечного содержимого локализовалось в начальных отделах тощей кишки у 12 (17,1 %) больных, в средней части тощей кишки - у 24 (34,2 %), в средней части подвздошной кишки - у 16 (22,8 %). Результаты обзорной рентгенографии брюшной полости у ряда больных при отсутствии, либо незначительной выраженности, признаков ОСНК трудно оценить однозначно. Считаем, что при наличии даже незначительных признаков ОСНК отсутствие подтверждения ее во время обзорной рентгенографии брюшной полости не должно успокоить хирурга.

Выводы:

1. Изучение пассажа бариевой взвеси является ценным диагностическим методом при обследовании больных с ОСНК.

2. При небольшой продолжительности заболевания с целью установления степени непроходимости кишечника (полная, частичная) необходимо динамическое рентгенологическое исследование.

АНАЛИЗ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.
*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

Актуальность проблемы. Развитие тяжелых форм ОП определяется двумя факторами, которые отражают серьезность болезни: органная недостаточность и панкреонекроз. Около половины случаев летальных исходов у больных с ТОП происходит в течение первых двух недель и в основном объясняется синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), характеризующимся системным воспалительным ответом (ССВО), высокой частотой развития местных гнойно-некротических и системных панкреатогенных осложнений с переменной степенью дисфункции органов.

Материалы и методы. В данной работе проведен сравнительный анализ 438 наблюдений которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» и клинике АндМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно с ОП билиарной этиологии которым хирургические вмешательства выполнены в 25,6% (112 из 438) случаях. По типу выполненных операций больные были распределены следующим образом: чаще всего (5,9%; 26 из 438) прибегали к лапаротомии, ХЭК, дренированию холедоха, вскрытию, санации и дренированию сальниковой сумки; в 5,0% (22 из 438) наблюдениях произведено лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки; 4,8% (21 из 438) – лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства; 4,6% (20 из 438) – ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки; в 2,7% (12 из 438) случаях произведено дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем; в 0,7% случаях – лапароскопия, лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

Выбор лечебной тактики при билиарном ОП в пользу консервативной интенсивной терапии был связан с показателем общей летальности в 2,4% (4 из 164 наблюдений), тогда как применение хирургической тактики на ранних стадиях заболевания привело к летальным исходам в 31,5% (23 из 73) случаях.

Анализ показателя летальности в зависимости от тяжести течения билиарного ОП, оцененного по прогностическим шкалам, показал, что при баллах более 6 по Ranson и более 15 по АРАСНЕ II наблюдается высокая частота летальных исходов, как при консервативном (33,3%; 2 из 6), так и при хирургическом лечении (76,5%; 13 из 17).

Анализ причин летальных исходов показал, что в 85,2% (23 из 27) случаях наблюдались более двух смертельных осложнений. Наиболее частыми осложнениями при хирургической тактике лечения были ОРДС (19,2%; 14 из 73), острая почечная недостаточность (15,1%; 11 из 73), ОССН (12,3%; 9 из 73) и сепсис (11,0%). Консервативная тактика лечения характеризовалась значительно меньшей частотой осложнений: ОРДС и почечная недостаточность выявлены в 1,2% (2 из 164) случаях, ОССН и сепсис – в 0,6% (1 наблюдение).

Из общего числа больных билиарным ОП осложненное течение заболевания наблюдалось в 59 случаях из 237. При этом летальность составила 45,8% (27 из 59) с наибольшим показателем при развитии септического шока (77,8%), ДВС-синдрома (75,0%) и гастродуоденальных кровотечений (75,0%). При ОРДС летальность составила 61,8%.

В структуре летальных исходов (n=27) значительная часть осложненных течений ассоциирована развитием ОРДС – 77,8% (21 из 27), далее идет почечная недостаточность – 48,1% (13 из 27 случаев, сердечно-сосудистая недостаточность (37,0%; 10 из 27) и сепсис (33,3%; 9 из 27). На долю нарастающей печеночной недостаточности приходится 25,9% случаев осложнений.

Выводы. Таким образом, прогрессирование билиарного панкреатита характеризуется возможностью поликомпонентного развития различных панкреатит-ассоциированных системных осложнений, на фоне которых частота летальности составила 11,4% (при консервативной тактике - 2,4%, при хирургических вмешательствах - 31,5%), в структуре которой основными причинно-следственными факторами неблагоприятного прогноза явились такие проявления ПОН как ОРДС - 77,8% (у 21 из 27 умерших пациентов) и почечная недостаточность - 48,1% (13), а также септические проявления - 33,3% (у 9 больных) и геморрагические осложнения - 11,1%.

ИЗУЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З.М.¹, Струсский Л.П.¹, Джуманиязов Д.А.¹, Цой А.О.¹,
Омонов Р.Р.¹, Нигматуллин Э.И.¹, Бабажанов К.Б.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

²Ургенчкий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Актуальность: Рак пищевода в структуре онкологических заболеваний занимает 6-е место, при этом доля больных с неоперабельными стадиями составляет 60-70%. Несмотря на совершенствование методов диагностики заболеваний пищевода, большинство пациентов к моменту установления диагноза уже являются неоперабельными из-за распространённости опухолевого процесса, отдаленных метастазов, наличия возрастных противопоказаний и декомпенсации сопутствующей патологии. Основной задачей паллиативной помощи больным с неоперабельным раком пищевода является устранение дисфагии и восстановление перорального питания, чтобы улучшить качество жизни данной категории пациентов. В такой ситуации используются, как хирургические, так и эндоскопические методики восстановления проходимости пищи по пищеводу

Цель: Изучить особенности осложнений миниинвазивных эндоскопических методов лечения больных с неоперабельными стадиями рака пищевода.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 428 больных с неоперабельными стадиями рака пищевода. Распределение больных по анатомической локализации опухолей пищевода было следующим: шейный отдел – у 3(0,7%), верхняя треть грудного отдела – у 12(2,8%), верхняя и средняя треть грудного отдела – у 24(5,6%), средняя треть грудного отдела – у 143(33,4%), средняя и нижняя треть грудного отдела – у 128(29,9%),

нижняя треть грудного отдела – у 94(21,9%) и нижняя треть грудного отдела с распространением на кардиоэзофагеальный переход – у 24(5,6%) пациентов.

Результаты и обсуждения: Миниинвазивные вмешательства выполнены у 189(44,2%) больных, а также у 24 пациентам из 59 после эксплоративных операций. Среди миниинвазивных эндоскопических вмешательств нами использовались следующие виды: эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) – у 38(17,8%), эндоскопическое бужирование (ЭБ) – 18(8,5%) и эндоскопическое стентирование (ЭС) – у 157(73,7%) больных.

Характер осложнений миниинвазивных вмешательств: выраженный болевой синдром после стентирования – у 3(1,4%) больных, что потребовало удаления протеза; кровотечение из опухоли на фоне ЭДТ и ЭБ – у 11(5,2%) больных; миграция стента – у 15(7%) больных: в дистальном направлении в желудок – у 12(5,6%) и в проксимальном направлении в пищевод – у 3(1,4%) больных; перфорация опухоли пищевода наступила у 13(6,1%) больных, при этом во время ЭДТ – у 5, при ЭБ – у 4 и непосредственно во время установки стента – у 4 пациентов.

Летальный исход у больных с неоперабельными стадиями рака пищевода наступил у 7 пациентов, что составило 1,6%. Из них в 6 случаях причинами являлась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне острого инфаркта миокарда у 5 и профузное кровотечение – у 1 больного, а также в 1 случае фатальный исход развился на фоне продолжающегося гнойного медиастинита после перфорации пищевода.

Заключение: Миниинвазивные методы лечения являются реальной альтернативой наложению гастростомы. Выбор способа лечения больных с неоперабельными стадиями рака пищевода должен быть индивидуальным. Однако, как любой метод хирургического лечения, проведение миниинвазивных вмешательств сопряжено с развитием осложнением.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ NITINOL СТЕНТАМИ

Низамходжаев З.М.¹, Джуманиязов Ж.А.¹, Лигай Р.Е.¹, Нигматуллин Э.И.¹,
Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

²Ургенчкий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель: Изучить возможность стентирования неоперабельных опухолей пищевода и кардиоэзофагеальной зоны саморасширяющимися nitinol стентами.

Материалы и методы: С 2018г. отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 32 больных с неоперабельными стадиями рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, которым устанавливались саморасширяющиеся, полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Распределение больных по анатомической локализации опухолей пищевода было следующим: средняя треть грудного отдела – у 6(18,8%), средняя и нижняя треть грудного отдела – у 3(9,4%), нижняя треть грудного отдела – у 4(12,5%), нижняя треть грудного отдела с распространением на кардиоэзофагеальный переход – у 16(50%), кардио-эзофагеальный переход – у 1(3,1%), рецидив опухоли эзофагоэнтероанастомоза – у 2(6,2%) больным, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка.

Протяженность опухолевого процесса оценивалась эндоскопически и при рентгенконтрастном исследовании. Распределение больных по протяженности было следующим: до 3 см – у 3(9,4%), 4-6 см – у 19(59,4%), 7-9 см – у 10 (31,2%).

Результаты и обсуждения: У 23 пациентов наблюдались хорошие результаты, выписаны домой без явлений дисфагии.

Характер ранних осложнений после установки стентов: миграция стента в дистальном направлении в желудок – у 1(3,1%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день после установки. Миграция была обусловлена несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 1(3,1%) пациента через 3 месяца после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. Была выполнена диатермотунелизация опухоли, проходимость восстановлена.

Заключение: В настоящее время наилучшие результаты паллиативного лечения, с наименьшим числом осложнений, достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных злокачественной опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Нурматов С.Т, Шукуруллоев О.Г, Холов Х.А, Нурметов С.Т.

Ташкентская медицинская академия

Введение. До настоящего времени известно более 100 методов оперативного лечения варикоцеле. Но, несмотря на этот факт, единого мнения среди специалистов в области репродуктивного здоровья мужчины, касающегося выбора хирургической техники выполнения варикоцелэктомии нет, в основе лежит выбор и опыт хирурга.

Цель: Улучшения хирургического лечения варикоцеле и уменьшить послеоперационного рецидива

Материал и методы. В период с 2015 по 2018 в отделении плановый и микрохирургии городской клинической больницы № 1 (г. Ташкент, Республика Узбекистан) находились на стационарном лечении 87 пациентов с варикоцеле слева. При обследовании больных применялись клинические, лабораторные, УЗИ с доплерографией сосудов почек и мошонки. При оперативном лечении больных с варикоцеле проводились операции Иванисевича, операция Мармара, реконструктивные сосудистые оперативные вмешательства.

Результаты и обсуждение. Для сравнения взяты три часто применяемых метода оперативного лечения при варикоцеле: резекция тестикулярной вены по Иванисевичу, операция Мармара и вена-венозный анастомоз с микрохирургическим способом. Всего прооперировано 67 больных.

Наибольший процент рецидива (25.4%) был после операции Иванисевича, после операции Мармара этот показатель составил 14.5%, после вено-венозном анастомозе-9.7%. При изучении причин рецидивов после каждого вида операции оказалось, что большая доля рецидивов связана с техническими трудностями, к ним можно отнести недостаточную визуализацию сателлитных вен при операции Иванисевича.

Заключение. Таким образом, необоснованное и непоследовательное проведение лечебно - диагностических мероприятий и несоблюдение алгоритма при варикоцеле приводит к увеличению числа рецидивов заболевания. Проведение ультразвуковой доплерографии в предоперационном периоде предостерегает от необоснованных диагностических и лечебных (необоснованная перевязка, окклюзия тестикулярной вены при выраженной ренофлебогипертензии) действий. Проведение сосудистых исследований (УЗДГ, ангиография) при рецидиве варикоцеле позволяет выявить характер сосудистой патологии и проводить соответствующую оперативную коррекцию, что в дальнейшем значительно повышает медицинскую эффективность.

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ ВА КРОН КАСАЛЛИГИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА НУР ТАШХИСИ УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Отамуратов Б.Ш., Исраилов Б.Н., Мирзахмедов М.М., Боймуратов А.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Охирги йилларда йўғон ичакнинг носпецифик яллиғланиш касалликлари ҳолатларининг кўпайишига бўлган тенденция кузатилиб келинмоқда. Носпецифик ярали колит (НЯК) ва Крон касалликларининг (КК) клиник кўринишлари ўхшаш бўлишига қарамай, уларнинг даво тактикаларининг ҳар хиллиги касалликлар дифференциал диагностикаси тўғри даволашда катта аҳамият касб этади.

Текширув мақсади: НЯК ва КК дифференциал диагностикасида нур ташхиси усулларининг (рентген ва ультратовуш текширувлари) аҳамияти.

Материал и методлар. НЯК ва КК асосий инструментал диагностика усули бўлиб колоноскопия ҳисобланади. Республика ССВнинг I-Клиник шифохонаси хирургик профилидаги бўлимларида 2011-2018 йиллар мабоионида НЯК билан бўлган 22 та, КК билан бўлган 7 та текширилган ва даволанган беморлар касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинди. Таҳлил қилинаётган беморларга касалликлар диагностика ва дифференциал диагностикаси мақсадида клиникада йўғон ичак эндоскопик текширув усуллари билан биргаликда қўшимча нур ташхис диагностика усуллари (ирригография ва ультратовуш текшируви) қўлланилган.

Текширув натижалари: Ирригография ва ультратовуш текшируви натижалари таҳлилида НЯКнинг қуйидаги рентгенологик ва эхографик белгилари аниқланди: ичак деворининг 4 дан 10 ммгача қалинлашиши, ичак бўшлиғининг циркуляр торайиши, ичак гаустациясининг текисланиши, шиллик қават рельефининг ўзгариши, псевдополипоз, тўғри ичакнинг шикастланиши. ККда эса ичак деворининг 4 дан 10 мм ва ундан ортик асимметрик қалинлашиши, ичак ташқи контурларининг серозит ҳисобига нотекислиги, регионар лимфа тугунларнинг катталашиши, сегментар торайишлар, шиллик қават бурмачаларининг қалинлашиши ҳамда торайиши каби рентгенологик кўринишлар аниқланди. НЯКда йўғон ичакнинг субтотал ва тотал шикастланишлари – 71%, ККда сегментар шикастланишлар – 93% ни ташкил қилди, жумладан уларнинг 72% илеоцекал бурчак шикастланишларига тўғри келади. НЯКда тўғри ичакнинг шикастланиши – 82%, ККда эса 6,6% беморларда кузатилганлиги аниқланди.

Хулосалар. Йўғон ичак яллиғланиш касалликлари диагностика ва дифференциал диагностикасида эндоскопик текширув усуллари билан биргаликда қўшимча нур ташхис усулларининг қўлланилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Йўғон ичак яллиғланиш касалликлари гумон қилинган беморларга бу текширув усуллари алоҳида эмас, аксинча бир бирини тўлдирган ҳолда ўтказилиши лозим.

РАЗРАБОТКА НОВГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ РАНЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Плисс М.М., Плисс М.Г.,

¹ *Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург, Российская Федерация.*

² *ПСПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация.,
Федеральный Северо-Западный центр Сердца, крови, эндокринологии имени
В.А.Алмазова.*

Введение: Огненные, осколочные и ножевые ранения часто сопровождаются значительной кровопотерей и являются основной причиной смерти во время военных конфликтов, автомобильных аварий, природных и техногенных катастроф.

Своевременная, эффективная остановка кровотечений на догоспитальном этапе является одним из основных вопросов как полевой и неотложной медицины так и плановых оперативных вмешательств с объемными резекциями. Физические методы временной остановки кровотечения (максимальное сгибание конечностей, перевязка под турникетами, пережимание артерий пальцами, наложение жгутов и т. Д.) Имеют существенные недостатки. В последние годы местные гемостатические средства (МГС) могут быть использованы как при повреждении сосудов так и паренхиматозных органов. Например, QuickLot с основой на минеральных породах (производных цеолита) при нанесении на рану выделяет большое количество тепла. В результате кровотечение прекращается не из-за коагуляции, а из-за «прижигания», которое вызывает у пациента коагуляцию тканей а так же может вызвать и ожоги. Разработанный препарат KAPROFER NEO представляет собой комплексный препарат солей трехвалентного железа, аминокaproновой кислоты и ряда неорганических компонентов(являющихся буферным компонентом). Препарат представляет собой оранжевую гидрофобную жидкость. Препарат наносят на поверхность раны влажным тампоном или распылителем.

Материалы и методы.

Методика. Мы проанализировали эффективность этого препарата при экспериментальном паренхиматозном кровотечении из ткани печени. Эксперименты проводились на 16 лабораторных крысах линии Вистар - самцы весом 350 г. Под лапаротомией под нембутальной анестезией (35 мг / кг) был выполнен разрез 40 мм параллельно правой реберной дуге с обнажением левой боковой доли печени. Затем был сделан дозированный разрез длиной 15 мм и глубиной 10 мм. Через 10 секунд рану высушивали салфеткой и проводили гемостаз с орошением раневой поверхности KAPROFER NEO. Оценивали время гемостаза и его стабильность в течение 1 часа. Результаты. У всех 16 лабораторных крыс применение KAPROFER NEO вызывало гемостаз в течение не более 5 секунд после нанесения препарата. На поверхности раны плотная темно-коричневая пленка. образуется до черного цвета, плотно прилегает к этой поверхности. Когда это происходит, прекращается кровотечение. Плотное соединение поверхностной пленки с подлежащей тканью сохранялось на протяжении всего периода наблюдения (более 1 часа). Выводы.

Вывод: использование KAPROFER NEO способно остановить острый паренхиматозный кровоток, что может предотвратить фатальную кровопотерю как на догоспитальной стадии помощи так и при стационарных оперативных вмешательства в случае массивных повреждений паренхиматозных тканей.

Конфликты интересов: не заявлено.

ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМА ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЛУКОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИНОАЗАЛЬНЫМ ПОЛИПОЗОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Сабилов Ф. М.

Ургенчский филиал ТМА

Цель: обонятельная луковица (ОБ) считается пластичной структурой с высокоактивными афферентными нейронами. Целью данного исследования было оценить влияние обонятельной депривации, вызванной придаточных пазух полипы на объем ОБ.

Материалы и методы: Нами обследованы 69 человек с клиническими подозрениями на хронический синусит в возрасте от 8 до 75 лет (средний возраст 38,86 + 16,23 лет). Среди них мужчин было 38, женщин - 31. Обе исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Объем ОБ у всех испытуемых оценивали на T2-взвешенных корональных МРТ-изображениях с помощью контурного контура, выполненного вручную.

Результаты: в группе пациентов объем об измерялся в диапазоне от 5,2 до 19,5 мм(3) (среднее±SD, 10,14±3,8). В контрольной группе объем измерений колебался от 35 до 75,8 мм(3) (среднее±SD, 47,66±10,75). Разница в объемах об между больными и контрольными группами была статистически значимой.

Выводы: в нашем исследовании отмечено достоверное снижение объема Об у пациентов с двусторонним синоназальным полипозом по сравнению с его объемом у здоровых лиц контрольной группы. Необходимы дальнейшие исследования для оценки влияния уменьшения объема обоняния на восстановление обоняния в послеоперационном периоде.

OLFACTORY BULB VOLUME CHANGES IN PATIENTS WITH SINONASAL POLYPOSIS: A MAGNETIC RESONANCE IMAGING STUDY

Sabirov F.M.

Tashkent medical academy

Objective: The olfactory bulb (OB) is thought to be a plastic structure with highly active afferent neurons. The aim of this study was to evaluate the effect of olfactory deprivation caused by sinonasal polyps on OB volume.

Materials and methods: Twenty-two subjects were included: 11 adult patients with bilateral allergic sinonasal polyposis (patient group) and 11 adult healthy controls (control group). Both study groups were matched for age and sex. OB volumes in all study subjects were evaluated in T2-weighted coronal MRI images by planimetric manual contouring.

Results: In the patient group, OB volume measurements ranged from 5.2 to 19.5 mm(3) (mean±SD, 10.14±3.8). In the control group, volume measurements ranged from 35 to 75.8 mm(3) (mean±SD, 47.66±10.75). The difference in OB volumes between patient and control groups was statistically significant ($P<001$).

Conclusions: Our study highlights the significant reduction in OB volume in patients with bilateral sinonasal polyposis as compared with its volume in healthy controls. Further studies are required to evaluate the impact of OB volume reduction on olfactory recovery postoperatively.

РОЛЬ ТРАНСФОРМАЦИОННОЙ ЭХОПИЕЛОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕЩАТЕЛЬСТВУ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Сапаев О.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Увеличивающееся число рождения детей с врожденными обструктивными уропатиями и улучшения их антенатальной диагностики составляет трудности в выборе тактики лечения при ранних стадиях нарушения уродинамики. В дифференциально-диагностическом отношении и длительных наблюдениях Трансформационная эхопиелоскопия подкупает своей простотой выполнения и высокой информативностью

Целью нашей работы явилось определить степень информативности и достоверности трансформационной эхопиелоскопии (ТЭ) в диагностике обструктивных уропатий у детей.

С 2009 года ТЭ используется для дифференциальной диагностики обструктивных и необструктивных (функциональных) нарушений уродинамики на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Нами проведено 341 исследования у 226 детей. Из числа обследованных было 135 (59,7%) мальчиков и 91 девочки (40,3%). При анализе полученных данных, выявлено, что необструктивный вариант - без нарушения

уродинамики был у 63 детей (27,8%); обструктивный тип нарушения уродинамики - у 163 детей (72,1%), в т.ч. компенсированный тип - 31 (13,7%), субкомпенсированный – 49 (21,7%) и декомпенсированный тип нарушений в ЛМС - у 83 детей (36,7%). У всех больных с декомпенсированными нарушениями уродинамики в ЛМС и у 12 (10,4%) больных с субкомпенсированными нарушениями без положительной динамики в течении 6-12 мес. выполнены оперативные вмешательства. Результаты проведенных исследований сравнивались с операционными находками. У всех оперированных больных обструктивный тип нарушений уродинамики в 100% случаев совпало с полученными данными трансформационной эхопелоскопии.

Таким образом, определение динамики расширения ЧЛС в ответ на усиление диуреза при проведении трансформационной эхопелоскопии по площади лоханки, времени опорожнения лоханки и сопоставление полученных данных с номограммами, является высокоинформативным способом дифференциальной диагностики нарушений проходимости верхних мочевых путей и должна применяться как скрининг диагностика в детской урологии.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Сапаев О.К.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

При определении показаний к хирургическому вмешательству, а также оценке результатов лечения 224 больным детям с врожденным гидронефрозом в качестве клинической классификации использована единая система оценки хронических нарушений уродинамики (ХНУ) верхних мочевых путей (ВМП), предложенная К.Д. Паникратовым и соавт. (1992), дополненная нами высокоинформативными и неинвазивными методами исследования, включающими УЗИ с диуретической нагрузкой и импульсно-волновую доплерографию выброса мочи.

При стенозирующих обструкциях мочеточника различали следующие разновидности сужения внутреннего диаметра и ее протяженности:

Диагноз стеноз (сужение) установили при сужении внутреннего диаметра менее 3-4 Ch. Тяжелой степенью сужения обозначали когда просвет не определялся или имел место точечный просвет, не пропускавший калибровочный катетер 2-3 Ch. При средней степени сужения катетер 3-4Ch проходит с преодолением препятствия. При легкой степени сужения или так называемой гипоплазии стенки мочеточника при введении катетера 4-5Ch препятствия не ощущалось.

Протяженность суженной или гипоплазированной зоны отмечали как короткую – 0,2-0,4 см, среднюю – 0,5-0,8 см, протяженную – более 0,8 см.

По сочетанию указанных двух показателей определяли степень тяжести обструкции:

- тяжелая степень – сочетание тяжелой степени сужения с протяженной формой гипоплазии; средняя степень – сочетание тяжелой степени сужения с ультракороткой зоной обструкции или наоборот, протяженная дисплазия с легкой степенью сужения; легкая степень – сочетание легкой степени сужения с ее короткой протяженностью.

Степени тяжести обструкции соответствовали времени появления клинической картины заболевания и осложнений, а также компенсированности нарушения уродинамики ($P < 0,05$). Легкая степень обструкции в сочетании с ее короткой протяженностью часто соответствовала компенсированной стадии нарушения уродинамики, которая долгое время не манифестировалась и оставалась без прогрессирования.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Струсский Л.П.¹, Джуманиязов Д.А.¹, Омонов Р.Р.¹, Нигматуллин Э.И.¹,
Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.², Рузметов Б.А.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Несмотря на все современные достижения по совершенствованию методов ранней диагностики рака кардиоэзофагеальной зоны, большинство больных поступает в стационар с запущенными III-IV стадиями заболевания. При этом показатели операбельности (40-72%) и резектабельности (38-69%) при проксимальном раке желудка значительно уступают таковым при прочих локализациях процесса, а послеоперационная летальность составляет 15-23%. Сдерживающими факторами для выполнения радикальных операций у больных с проксимальными опухолями желудка и кардиоэзофагеальной зоны, являются большая распространенность опухолевого процесса, пожилой возраст больных с наличием у них массы сопутствующих заболеваний в декомпенсированной стадии, выраженный дефицит массы тела, обусловленный алиментарной недостаточностью. Все вышеперечисленные факторы определяют повышенный интерес многих исследователей к разработке так называемых «паллиативных» способов, направленных на ликвидацию дисфагии, которые требуют совершенствования.

Цель: Изучить возможности эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями кардиоэзофагеального рака

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 457 больных с кардиоэзофагеальным раком. Радикальные и условно-радикальные вмешательства выполнены у 225(49,2%) пациентов. У остальных 232(50,8%) по различным причинам процесс признан неоперабельным или нерезектабельным. Из их числа эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 101(43,5%) пациента.

Результаты: Среди эндоскопических вмешательств (n=101) диатермотуннелизация выполнена в 17(16,8%) случаях, а стентирование опухоли у 84(83,2%) больных.

Нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции, разработанный в отделении эндоскопии РСЦХ им. акад. В.Вахидова (FAP 01108). Необходимая длина и диаметр определялись на основании эндоскопических и рентгенологических данных.

Основной смысл использования стентирования заключается в возможности обеспечения перорального питания, т.к. только туннелизация и бужирование не могут обеспечить долгосрочное восстановление проходимости пищевода за счет постоянного роста опухоли. Таким образом, стент ограничивает стенозирование просвета опухоли, выступая в роли каркаса. Однако стентирование невозможно использовать у всех больных, т.к. необходимо два условия: наличие супрастенотического расширения и циркулярное поражение, что снижает вероятность миграции стента.

Заключение: Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями рака проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной зоны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА

Струсский Л.П.¹, Низамходжаев З.М.¹, Лигай Р.Е.¹, Цой А.О.¹, Нигматуллин Э.И.
Рузматов П.Ю.², Бабажанов К.Б.², Умаров З.З.²

¹ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова»

²Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: При неоперабельных стадиях рака пищевода, в подавляющем числе клиник проводится два вида лечебных мероприятий: консервативные мероприятий (лекарственное, лучевое или химиолучевое лечение) и оперативные (эндоскопические и хирургические методы лечения), направленные на устранение основного симптома - дисфагии. На сегодняшний день, в арсенале врача, имеется достаточно широкий выбор паллиативных методов и средств борьбы с дисфагией злокачественного генеза. Тактика определяется индивидуально, не только исходя из общего состояния больного, протяженности процесса, характера роста опухоли, но и возможностей и опыта клиники. Сочетание различных методов лечения, позволяет добиться максимального устранения синдрома.

Цель: Изучить возможность миниинвазивных эндоскопических методов лечения больных с неоперабельными стадиями рака пищевода.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 428 больных с неоперабельными стадиями рака пищевода. Распределение больных по анатомической локализации опухолей пищевода было следующим: шейный отдел – у 3(0,7%), верхняя треть грудного отдела – у 12(2,8%), верхняя и средняя треть грудного отдела – у 24(5,6%), средняя треть грудного отдела – у 143(33,4%), средняя и нижняя треть грудного отдела – у 128(29,9%), нижняя треть грудного отдела – у 94(21,9%) и нижняя треть грудного отдела с распространением на кардиоэзофагеальный переход – у 24(5,6%) пациентов.

Протяженность опухолевого процесса оценивалась эндоскопически и при рентгенконтрастном исследовании. Распределение больных по протяженности было следующим: до 3 см – у 27(6,3%), 4-6 см – у 137(32%), 7-9 см – у 129(30,1%), 10-12 см – у 79(18,6%), более 12 см – у 22(5,1%) и у 34(7,9%) точно определить протяженность не удалось в связи с полной непроходимостью для бариевой взвеси и водорастворимого контраста.

Результаты и обсуждения: Миниинвазивные вмешательства выполнены у 189(44,2%) больных, а также у 24 пациентам из 59 после эксплоративных операций. Среди миниинвазивных эндоскопических вмешательств нами использовались следующие виды: эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) – у 38(17,8%), эндоскопическое бужирование (ЭБ) – 18(8,5%) и эндоскопическое стентирование (ЭС) – у 157(73,7%) больных.

Нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции, разработанный в отделении эндоскопии РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова, на что получен патент на полезную модель («Стент для эндопротезирования пищевода» FAP 01101).

ЭС выполнено 157 больным, проводилось под контролем эндоскопии по собственным разработанным методикам: на приборе-эндоскопе и на буже с помощью трубки толкателя. У 29(18,5%) пациентов удалось установить стент без предварительного расширения просвета опухоли пищевода. Перед стентированием в 28(17,8%) случаях выполнена ЭДТ, в 80(50,9%) – ЭБ и у 20(12,7%) больных сочетание ЭДТ с ЭБ.

Заключение: Благодаря внедрению современных эндоскопических технологий в настоящее время значительно ограничены показания к наложению гастростомы, которая выполняется только при невозможности стентирования или высоком риске перфорации опухоли пищевода. Миниинвазивные эндоскопические при правильном выполнении

обеспечивают естественное пероральное питание, что улучшает качество оставшейся жизни данной категории больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОФТАЛЬМИТА И РЕТИНОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ

Тухтаев С.Н., Курязов О.И., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Ретинобластома (РБ) наиболее часто встречающаяся внутриглазная злокачественная опухоль у детей (от 2.5% до 4.5% случаев). Установлено, что средний уровень частоты встречаемости РБ в Узбекистане за последние 10 лет составил 1 на 19335. Ошибки при установлении диагноза в неспециализированных учреждениях достигают 25%, что подчеркивает сложность диагностики и необходимость концентрации таких детей в отделениях онкологического профиля. Соответственно неправильно установленному диагнозу больные получают лечение, чаще всего по поводу предполагаемого эндофтальмита. В этой связи точная постановка диагноза на стадии ранней заболевания приобретает особую важность.

Цель. Изучить дифференциально-диагностические критерии ретинобластомы у детей при МРТ исследовании.

Материалы и методы. В отделении онкоофтальмологии РОНЦ МЗ РУз был проведен ретроспективный анализ 35 (20 мальчиков, 15 девочек) историй болезни пациентов с диагнозом ретинобластома в стадиях T2 различных степеней a/b/c, Nx/No, Mx/Mo в возрасте от 3 мес до 8 лет. У 28 из них была унилатеральная форма, у 7 билатеральная форма ретинобластомы. Всем больным для уточнения диагноза проводились клинические методы исследования: внешний осмотр, офтальмоскопия, биомикроскопия; специальные методы исследования: комплексное УЗИ глаз, МРТ орбиты (General Electric 64 срезовый GE Light Speed). На МРТ картине в режиме T2 было выявлено, что опухоль обычно имеет более темный цвет в сравнении со стекловидным телом (СТ). Очаговые кальцификаты могут выглядеть как гипointенсивно окрашенные очаги. В T1 режиме РБ менее гиперинтенсивно окрашена в сравнении с СТ. СТ может быть аномально светло окрашено в T1 режиме в результате увеличенного количества глобулинов и уменьшения количества альбуминов что происходит при малигнизации. При эндофтальмитах картина МРТ несколько иная и сильно зависит от стадии заболевания. На ранних стадиях, изменения крайне незначительны и может наблюдаться повышенная эхогенность увеосклерального слоя, либо, при молниеносном развитии болезни, диффузное помутнение СТ. В более поздних стадиях мы видим диффузное утолщение всех слоев глазного яблока сопровождающееся отслойкой сетчатки и/или хороида, деформативные изменения и перебульбарное воспаление.

Результаты. Диагноз РБ, как правило, устанавливается при офтальмоскопии, при которой на сетчатке определяется появление плюс—ткани беловатого или розоватого цвета. Анализ историй болезней показал следующие причины поздней диагностики: отсутствие онкологической настороженности среди детских офтальмологов при эндофтальмитах неясной этиологии, скрытое течение заболевания в 75 % случаях, позднее обращение в 19 % , ошибки при обследовании в 6 % случаях соответственно.

Заключение. При подозрении на РБ необходимо обеспечить раннее комплексное обследование с использованием всего арсенала современных методов диагностики, что возможно в специализированных детских онкологических отделениях. Правильная дифференциальная диагностика между эндофтальмитом и ретинобластомой у детей является ключевым моментом в сохранении зрения и глаза в целом.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Хударганов Х.Р., Жуманиязов Н.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы вертельной области бедренной кости является актуальной проблемой современной травматологии, что связано с увеличением количества больных с повреждениями данной локализации. С учетом тяжести общего состояния пациентов, выраженности остеопороза и других неблагоприятных факторов необходимо более широкое внедрение малоинвазивных малотравматичных методов лечения переломов вертельной области бедренных костей у больных пожилого и старшего возраста. Консервативные методы лечения не создают необходимых условий для консолидации костных отломков, срашение происходит только 11-13 % случаев, а вследствие длительного ортопедического режима летальность доходит до 20,5%. В связи с этим основным методом лечение рассматриваемых переломов является оперативный метод, который позволяет провести репозицию, стабильно фиксировать костные отломки с межотломковой компрессией, возможность ранней активации больных. При оперативной фиксации повреждений консолидация переломов достигает до 85%, и сокращает сроки реабилитации.

В 2015-2019 гг. нами выполнено 147 операций закрытого чрескожного остеосинтеза при переломах вертельной области бедренной кости, из них 98 (66,6%) мужчины, 49 (33,4%) женщины. Все операции проводились под электронно – оптическим прибором (ЭОП). Оперативные вмешательства у 60 (40,8%) больных проводили под местной анестезией, у 69 (46,9%) внутривенная и 18 (12,23%) спинальная анестезия. Под ЭОП контролем проводили репозиция костных отломков, для полного представления об анатомическом соотношении костей, выполняли рентгенограммы в прямой и аксиальной проекции. После закрытой ручной репозиции в подвертельной области производили кожные насечки и под ЭОП контролем выполняли остеосинтез. В качестве имплантатов – фиксаторов использованы пучок спиц Илизарова (не менее – 4 штук) – у 76 больных, компрессирующие стержни (не менее - 3штук) – у 23 больных и компрессирующие канюлированные винты (не менее -2 штук) – у -3 больных и резбовые спицы (не менее - 3 штук) – у 20 больных. Имобилизацию конечностей осуществляли деротационным гипсовым сапожком. Начиная с 2-3 суток после операции начинали активизации больных в пределах постели. Стабилизация переломов способствовало снижению болей, в первые сутки после операции, что значительно облегчало уход за больным и предупреждало развития гипостатических осложнений.

Результаты лечения были изучены у 122 (83 :) больных, хороший и удовлетворительный результаты лечения получены 101 (76 %) пациентов. В группе больных с неблагоприятными исходами наблюдались осложнения следующего характера: у 3 больных отмечалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, миграция спиц у 7 больных и перелом спиц и стержней у 4 больных, что привело к раннему удалению имплантов. Образование ложного сустава проксимального конца бедра отмечено у 7-больных.

Таким образом, при переломах вертельной области бедренной кости внедрение atraumaticных и современных малоинвазивных способов фиксации повреждений, позволили снизить процент неблагоприятных исходов и осложнений. А у лиц пожилого и старческого возраста явились главным элементом профилактики гипостатических и тромбозэмболических осложнений.

АЛГОРИТМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Для систематизации имеющихся методов и средств остановки кровотечения был разработан алгоритм действий при кровотечениях. Алгоритм подразумевает последовательное выполнение мероприятий и при достижении остановки кровотечения прекращение дальнейших действий. Если же после выполнения рекомендаций алгоритма остановка кровотечения не произошла или на оснащении нет рекомендуемого средства, происходит переход к следующему действию.

Остановка кровотечения начинается с прямого давления на рану, которое необходимо для временного прекращения истечения крови и для дифференциальной диагностики определения дальнейшего метода остановки кровотечения.

Если кровотечение остановлено прямым давлением на рану, то в дальнейшем его можно будет остановить применением давящей повязки. Если нет – применение давящей повязки будет неэффективным и потребуются более серьезные методы остановки кровотечения. На этом же этапе выполнения алгоритма применяются местные гемостатические средства (в случае наличия на оснащении). Гемостатическое средство засыпается в рану и производится прямое давление на рану.

Если кровотечение на конечности не остановлено, производится пальцевое прижатие артерии и наложение артериального жгута (или максимальное сгибание конечности в суставе). Далее на рану накладывается давящая повязка. В случае, если кровотечение на конечности остановлено прямым давлением на рану или применением гемостатического средства, то пропускаются пункты по пальцевому прижатию, наложению жгута и максимальному сгибанию конечности в суставе. После применения этих методов производится наложение давящей повязки.

Если кровотечение не остановлено, производится прямое давление на рану в расчете на остановку кровотечения или уменьшение его интенсивности до прибытия профессионалов. Предлагаемый алгоритм остановки кровотечения является универсальным, позволяет произвести хотя бы какие-то действия независимо от наличия или отсутствия оснащения и таким образом остановить или уменьшить степень кровотечения.

ВЛИЯНИЕ МОНОАММОНИЙНОЙ СОЛИ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У КРЫС

Хаитбаева Г.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что большинство современных противоязвенных средств не в полной мере отвечают требованиям врачей, главным образом, из-за недостаточности лечебного эффекта, а также тем, что они у значительной части больных вызывают рецидивы, различные нежелательные явления, а иногда тяжелые осложнения. При изучении некоторыми учеными влияние глицирризиновой кислоты на функции центральной нервной системы было установлено ее угнетающее действие на ЦНС. Исходя из этого целью настоящего исследования является изучение нового производного глицирризиновой кислоты – моноаммонийной соли, имеющее название глицирам, на насильственную (нейрогенную) язву слизистой желудка у крыс.

Методы исследования. Опыты проводились на белых крысах с массой тела 180-220 г. Для воспроизведения насильственной иммобилизации крыс, голодавших в течение 48 часов, привязывали за лапки на 24 часа спиной к доске. Непосредственно перед нанесением раздражения они были разделены на группы (по 20 в каждой). Крысам подопытных групп в желудок через металлический зонд вводили глицирам в дозах 25 и 50

мг/кг и метилурацил в дозе 75 мг/кг. Крысам контрольной группы вводили равный объем эмульсии абрикосовой камеди. После завершения иммобилизации животных забивали и желудки их подвергали тщательному обследованию с регистрацией всех обнаруженных изменений.

Противоязвенную активность препаратов оценивали по количеству крыс с язвами (в процентах), изменению площади и степени изъязвления по сравнению с этими же показателями у животных контрольной группы и по индексу Паулса. Результаты обрабатывали по критериям Стюдента.

Результаты и их обсуждение. На фоне насильственной иммобилизации у всех крыс контрольной группы при вскрытии выявлено наличие язвенных поражений у 90% крыс (у 18 из 20). Число язв у отдельных животных доходило до 80. В подопытных группах с предварительным введением глицирама в дозе 25 мг/кг язвы обнаружены у 80% животных (у 16 из 20), в дозе 50 мг/кг – у 70% животных (у 14 из 20). Причем деструктивные изменения несколько отличались как по тяжести, так и по количеству (не более 30 язв на одну крысу), площади и степени изъязвления. Уменьшение средней площади изъязвления по сравнению с контролем составляло 66 и 82 соответственно. Отмечено и значительное (на 68 и 77%) снижение степени изъязвления по сравнению с таковым с контрольной группы. Под влиянием метилурацила средняя площадь и степень изъязвления уменьшались на 57%. Эти данные свидетельствуют о наличии высокой противоязвенной активности глицирама.

Таким образом, глицирам проявляет выраженное защитное действие при рефлукторных язвах желудка. Благоприятный эффект препарата развивается на разных моделях нейрогенной дистрофии слизистой желудка и характеризуется значительным уменьшением количества крыс с язвами, количества язв на одну крысу, а также уменьшением площади и степени изъязвления.

Подводя итоги можно сказать, что глицирам в экспериментальных условиях обладает отчетливым противоязвенным эффектом, превосходящим по этому свойству известного препарата метилурацила. Поэтому он представляет практический интерес в качестве противоязвенного препарата.

Выводы:

1. В насильственных язвенных поражениях желудка глицирам обладает отчетливым противоязвенным эффектом.
2. По эффективности он в 2-3 раза превосходит известного препарата метилурацила и в качестве противоязвенного средства представляет практический интерес.

ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

На протяжении многих лет единственным методом лечения эхинококковой болезни являлся хирургический. Однако в последние годы в литературе широко стали освещаться попытки медикаментозного лечения. В начале 70-х годов, Heate, Chevis на основании исследований, выполненных сначала в лаборатории, а затем на животных, показали, что альбендазол весьма активно воздействует на личинку гидатидного эхинококкоза. Применение же лекарственного препарата, который губительно действовал бы на элементы эхинококковой кисты, мы считаем вполне оправданным. В настоящее время антигельминтные препараты (альбендазол, бильтрицид), широко распространены и заняли прочное место в химиотерапии эхинококкоза, а также профилактики рецидивов заболевания.

Для оценки действия препарата на развитие эхинококкоза и профилактики рецидива заболевание нами использован 2,5% раствор альбендозола в 3 клинических группах.

Первую группу составили 21 больных эхинококкозом печени, которым выполнялось малоинвазивные вмешательства. Из них у 16 пациентов выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия, у 5 – пункционно-аспирационным способом под контролем УЗИ. Вторая группа состояла из 18 больных с резидуальным эхинококкозом.

Курс лечение альбендозолом состоял из 28 дней из расчета 10-12 мг/кг. в сутки. Во время химиотерапии также назначали гепатопротекторы и поливитамины. Перерыв между курсами химиотерапии был 14 дней.

Побочные явления носили умеренный и временный характер и не влияли на курс лечения. У 3 пациентов в течение первых и вторых суток после приема препарата были умеренные боли животе с тошнотой. Рвота отмечена у одного пациента с диссеминированным эхинококкозом.

Три курса терапии альбендозолом получили 3 больных с диссеминированной формой эхинококкоза, 15 пациентов получили по два курса лечения и 21 больной – по одному курсу.

Оценку антигельментной эффективности препарата альбендазола проводили на основании данных ультрасонографии, цитологических исследований и интраоперационных результатов.

У пациентов первой группы динамическая ультрасонография на протяжении одного года не выявила рецидива заболевания. У больных резидуальным эхинококкозом, по данным УЗИ отмечено отсутствие роста оставленных кист и признаки гибели паразита. Во время эхинококкэктомии было выявлено, что хитиновая оболочка была отекшей, легко разрушалась, содержимое кисты имело вид гелеобразной массы. При цитологическом исследовании содержимого эхинококковых кист живых сколексов не обнаружено.

Как показывает наш опыт, химиотерапия при эхинококкозе в послеоперационном периоде является одним из важных аспектов, а в некоторых случаях единственным методом, способствующим профилактике рецидива. При неоперабельных случаях также показано применение антигельминтного препарата. Применение химиопрепаратов в этих случаях позволяет предупредить или излечить эхинококкоз человека различной локализации.

ШЕЙВЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ МОРЦЕЛЯЦИИ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ

Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В условиях амбулатории традиционно было принято проводить только диагностическую гистероскопию и готовить пациенток для последующего лечения в условиях гинекологического отделения стационара. В прошлом ограничением к проведению внутриматочных манипуляций в амбулатории являлась необходимость использовать гистероскопы большего диаметра и, как следствие, необходимость анестезии. С уменьшением наружного диаметра гистероскопа, а в настоящее время современные гистероскопы с инструментальным каналом имеют диаметр менее 5 мм, появилась возможность проводить диагностические, а затем и хирургические процедуры без обезболивания.

Возможности современной офисной гистероскопии позволяют: 1) совместить в одной процедуре диагностический и хирургический этап — концепция «увидел и вылечил» (See and Treat); 2) использовать микроинструменты — механические, электрические, проводники энергий; 3) как следствие, обеспечить минимальную травматизацию и отсутствие необходимости в анестезии. Область применения: диагностика широкого спектра внутриматочной патологии и ее хирургическое лечение. Что интересно, при столь широких диагностических и лечебных возможностях в

доступной научно-профессиональной литературе отсутствуют указания на серьезные осложнения офисной гистероскопии.

Тем не менее ни одна из технологий внутриматочной хирургии не исключает осложнений. При проведении диагностической гистероскопии уровень осложнений крайне низок, составляя 0,012%, а при оперативной гистероскопии и гистерорезекции — значительно выше, и представлен более тяжелыми формами.

Наличие специфических, подчас тяжелых и фатальных осложнений заставляет совершенствовать технологии, используемые при гистероскопии.

Именно это определяется как один из главных факторов, приведших к глубокому усовершенствованию старых и созданию новых технологий: шейверной технологии — внутриматочной морцелляции, а также 2-го поколения технологий глобальной абляции эндометрия (ГАЭ).

Внутриматочный морцеллятор был создан на основе существующей шейверной технологии, пришедшей к нам из оториноларингологии. В основе лежит конструкция вращающегося ножа, вводимого через инструментальный канал хирургического гистероскопа. Первые коммерческие образцы шейвера были представлены в конце 2006 года. В настоящее время доступны 2 типа шейверов: с роторным (вращающаяся насадка) и возвратно-поступательным движением цилиндрического ножа. Шейвер может быть использован при субмукозных миомах, для резекции эндометрия, резекции внутриматочной перегородки, полипэктомии.

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ГЛОБАЛЬНАЯ АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Юсупова М.А., Ходжаева З.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

На пороге XXI века началось зарождение и развитие новой отрасли оперативной гинекологии — внутриматочной хирургии. Многочисленные инновации повысили безопасность и эффективность гистероскопических технологий и позволили расширить границы их применения как в стационарных, так и амбулаторных условиях. Сегодня происходит эволюционное вытеснение старых технологий новыми. Так, монополярная резектоскопия практически вытеснена биполярной резектоскопией, а гистероскопия по Бетокки должна вытеснить стационарную гистероскопию в обозримом времени. В стационаре шейверная технология успешно конкурирует с гистерорезекцией, и на помощь последней пришли системы с автоматическим извлечением удаленных кусочков. Разнообразие технологий и инструментов, имеющих совпадающие показания к применению, однако различающихся по эффективности, безопасности и удобству применения позволяют нам сделать выбор, наиболее отвечающий запросам пациентки.

В настоящее время существует 2 поколения технологий глобальной абляции эндометрия. К первому поколению относят абляцию / резекцию, производимую при резектоскопии электродом типа «шарик» или «петля». Как правило, эта процедура требует общей или регионарной анальгезии и анестезии и проводится в стационаре. Возможные осложнения совпадают с таковыми для гистерорезекции. ГАЭ 2-го поколения представлена технологиями, имеющими лучший профиль безопасности, и которые предлагается проводить в условиях амбулатории: 1) Криоабляция (Her Option cryoablation) — состоит из управляющего блока и проводника диаметром 5,5 мм, который вводится в полость матки, после чего проводится 2 этапа замораживания (до -90 — -120°C): первая «половина» полости матки — 4 минуты, затем вторая половина полости матки — 6 минут.

2) Микроволновая абляция (Microsulis microwave ablation) — представляет управляющий блок и одноразовый / многоразовый маточный проводник с излучателем 2,3 ГГц на конце, который нагревает ткань матки до 75-80°C. Предварительно определяется длина полости матки, проводник вводится до касания дна и выполняется

последовательная абляция области дна и стенок матки. Приблизительная длительность процедуры 4-5 минут.

3) Баллонная термоабляция (TermaChoice, Cavaterm) — представлена конструкцией из проводника 5,5 мм в диаметре, на конце которого расположен силиконовый баллон и нагревающий элемент. После введения в полость матки баллон раздувается и разогревается до 80-87°C раствором в течение 8-15 минут.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И. Аюпджанов Н.С.
Ферганский филиал ТМА, Ферганский филиал РНЦЭМП,

Диагностика острого воспаления внутренних половых органов у женщин нередко представляет значительные трудности, и особенно часто приходится дифференцировать его с острым аппендицитом. В последние годы для дифференциальной диагностики этих заболеваний используют лапароскопии в неотложной хирургии показал большие диагностические возможности этого метода при дифференциальной диагностике острого аппендицита, панкреатита, холецистита и других острых заболеваний органов брюшной полости и острого воспаления половых органов.

Мы использовали лапароскопию с дифференциально – диагностической, а также с лечебной целью (дренирование брюшной полости с помощью лапароскопа и подведение лекарственное, веществ непосредственно к очагу воспаления) у 58 женщин с острым воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, протекающими с явлениями пельвиоперитонита. Лапароскопию применяли у больных с неясным диагнозом, когда было необходимо срочно дифференцировать процессы, требующие оперативного вмешательства от заболеваний, при которых можно ограничиться консервативной терапией. В первые часы поступления в стационар лапароскопия произведена у 46 больных, через 6-10 часов пребывания в стационаре – у 2 больных, через 24-32 часов у 8, через 40 часов - у 1 и у одной больной на 5-е сутки.

Обследованные больные с острым воспалением внутренних половых органов и пельвиоперитонитом были в возрасте от 16 лет до 41 года, из них до 20 лет было 27 больных, от 21 года до 30 лет - 18, от 31 года до 41 года - 13. Большинство больных заболели во время или сразу после менструации, 1 больная – во время беременности (при сроке 5-6 недель), 6 больных поступили в стационар на 5, 9, 11, - 13, 28 и 45-й день после родов.

При лапароскопии у больных с острым воспалением внутренних половых органов и явлениями пельвиоперитонита проводилась дифференциальная диагностика с острым аппендицитом (у 26 больных), с острым холециститом (у 1 больной), нарушенной внематочной беременностью (у 1 больной), пиелостазом и почечной коликой (у 3 больных). У 1 больной лапароскопия произведена при перитоните неясного генеза. У 6 больных показанием для лапароскопии явилось отсутствие эффекта от проводимой в течение 6-40 часов комплексной противовоспалительной терапии (дезинтоксикационной, антибактериальной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей с включением физиотерапевтических средств).

У 12 больных из 58 обследованных методом лапароскопии, был выявлен острый аппендицит в сочетании с хроническим вторичным двухсторонним аднекситом, больным была проведена экстрокорпоральная аппендэктомия. Диагноз разрыва пиосальпинкса был подтвержден у 1 больной, которой произведена лапароскопическая сальпингоэктомия с права с санацией и дренированием брюшной полости. У остальных 45 больных при лапароскопии подтвержден диагноз острого воспаления внутренних половых органов: у 37 больных диагностирован острый правосторонний сальпингит с явлениями пельвиоперитонита, у 18- двухсторонний сальпингит с пельвиоперитонитом, из них у 4 больных в сочетании с метроэндометритом; у 6 больных диагностирован гнойный двухсторонний сальпингит с наличием гнойного содержимого в брюшной полости,

фибринозными наложениями на петлях кишечника и воспалительными изменениями париетальной брюшины. У 45 больных с гнойным воспалением внутренних половых органов протекающим с явлениями пельвиоперитонита и картиной диффузного гнойного перитонита произведена санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде у 8 больных с картиной диффузного гнойного перитонита вводили через дренажные трубки антибиотики с учетом чувствительности.

Дренирование брюшной полости и возможность подведения антибиотиков к очагу поражения резко сократили острый период заболевания (до 2-3 сутки). В первые 6-7 часов после дренирования наблюдалось уменьшение числа лейкоцитов в крови, улучшение общего самочувствия, уменьшение болевого синдрома и симптомов раздражения брюшины. Через 10-12 часов после операции явления раздражения брюшины исчезали, состояние больных улучшалось и воспалительные явления очень быстро купировались. Спустя 24 часа нормализовались содержание лейкоцитов в крови и температура тела. СОЭ длительное время (до 12-20сут) оставалось увеличенной (в пределах 30-35 мм в час).

Таким образом, лапароскопия позволила у 8 из 58 больных определить показания к экстренной операции и у 45 больных предотвратит ненужную лапаротомию, так как подобные больные до применения лапароскопии нередко подвергались диагностической лапаротомии (иногда с дренированием брюшной полости).

Таким образом, лапароскопия является ценным диагностическим методом. К ней следует прибегать у больных с неясным диагнозом, когда необходимо определить показания к оперативному вмешательству, а все использованные доступные приемы не позволяют установить диагноз острой хирургической патологии или отвергнуть предполагаемый. Кроме того, лапароскопия позволяет осуществить ряд лечебных мероприятий. К ним прежде всего

III РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

НИФЕКАРД ПРЕПАРАТИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА САМАРАДОРЛИГИ

Абдуллаев Р.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Юрак кон-томир тизими касалликлари ичида артериал гипертония касаллиги жуда хам кенг тарқалган. Хозирги кунда хар кандай кон босимини меъёрлаштириш ва даволаш учун кулланиладиган гипотензив дорилар куп. Аммо улар ичида узок ва узлуксиз даволашда салбий таъсирга эга дориларни куллаш мухим ахамият касб этади. Ишнинг максади. Артериал гипертония касаллигини даволашда амлодипин (тензал) дори препаратининг самарадорлиги ва афзаллигини урганиш.

Материал ва услублар. Урганч туманидаги «Дурман» 29- оилавий поликлиникасида руйхатга олинган 45 та артериал гипертензияси (АГ) бор беморлар текширувдан утказилди. Улардан 30 та эркак, 15 та аёл. Беморларнинг ёши 45 дан 65 ёшгача. Беморларнинг 10 тасида АГ I- боскич, 26 та беморда АГ II боскич (шулардан 10 тасида зуриқиш стенокардияси IT-ТТТ фуқционал синфлари борлиги аниқланди), 6 та беморда АГ III- боскич аниқланди (2 тасида инфарктдан кейинги кардиосклероз борлиги аниқланди). Беморлардаги уртача систолик артериал босим 160-250 мм. сим./уст., диастолик босим 90-130 мм. сим./уст. ташкил килади. Хамма беморлар 2та тенг гурухга ажратилди. 1 гурух беморларга факат амлодипин (тензал) препарати АГнинг боскичига караб 2,5 -5-10 мг /сут. берилди. 2 гурух беморларига факат нифекард препарати АГнинг боскичига караб 5-10-20 мг /сут. берилди. Беморларда 3 ой давомида доимий кузатув, артериал босим ва томир уриши назорат килинди. 15 кунда бир электрокардиография (ЭКГ) ва велоэргометрия (ВЭМ) утказилди.

Натижа ва хулоса. Текшириш давомида аниқландики нифедипин препаратини кабул килган 1 гурух беморларда артериал босимни тезлик билан нормага тушиши, суткасига 1 марта кабул килганда 24 соат давомида таъсирининг сакланиши, зуриқиш ва вазоспастик стенокардияли беморларда узок муддат кулланганда тахикардия чакирмаслиги, маълум микдорда антиангинал таъсирга эгалиги. 2 гурух беморларида эса коринфар кабул килиши артериал босимни тезлик билан нормага туширганлиги аниқланди, аммо препаратнинг таъсири 8-12 соатдан кейин йуқолган, шунинг учун беморлар кардафен препаратини кунига 2-3 махал кабул килишга мажбур булганлар. 2 ойдан кейин кардафен кабул килиш давомида беморларда тахикардия кузатилиб ва зуриқиш стенокардияли беморларда юрак сохасида огриклар келиб чиккан. Шу сабабли беморларга кушимча бетта-блокаторлар берилди. Натижада кардафенга нисбатан нифекард препаратини юкори самарадорлиги аниқланди

АМЛАДИПИН ПРЕПАРАТИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА САМАРАДОРЛИГИ

Абдуллаев Р.Б., Ахмедова Н.Ш.

ТТА Урганч филиали, Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Юрак кон-томир тизими касалликлари ичида артериал гипертония касаллиги жуда хам кенг тарқалган. Хозирги кунда хар кандай кон босимини меъёрлаштириш ва даволаш учун қўлланиладиган гипотензив дорилар кўп. Аммо улар

ичида узоқ ва узлуксиз даволашда салбий таъсирга эга дориларни қўллаш муҳим аҳамият касб этади.

Ишнинг мақсади. Артериал гипертензия касаллигини даволашда амладипин дори препаратининг самарадорлиги ва афзаллигини ўрганиш.

Материал ва услублар. Урганч туманидаги «Дўрман» 29- оилавий поликлиникасида рўйхатга олинган 42 нафар артериал гипертензияси (АГ) бор беморлар текширувдан ўтказилди. Уларнинг 27 нафарини эркак, 15 нафарини аёллар ташкил қилади. Беморларнинг ёши 45 дан 65 ёшгача. Беморларнинг 10 нафарида АГ I- босқич, 26 нафар беморда АГ II босқич (шулардан 10 нафарида зўриқиш стенокардияси I-III фукционал синфлари борлиги аниқланди), 6 нафар беморда АГ III- босқич аниқланди (2 нафар беморда инфарктдан кейинги кардиосклероз борлиги аниқланди). Беморлардаги ўртача систолик артериал босим 150-220 мм симоб устунига тенг, диастолик босим 90-130 мм симоб устунини ташкил қилади. Хамма беморлар 2 та тенг гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ беморларга анъанавий даво берилди, 2 гуруҳ беморларига анъанавий даво билан бирга амладипин препарати АГнинг босқичига караб 5-10-20 мг /сут. берилди. Беморларда 3 ой давомида доимий кузатув, артериал босим ва томир уриши назорат қилинди. Хар 215 кунда бир электрокардиография (ЭКГ) ва велоэргометрия (ВЭМ) ўтказилди.

Натижа ва хулоса. Текшириш давомида аниқландики амладипин препаратини кабул қилган 2 гуруҳ беморларда артериал босимни тезлик билан нормага тушиши, суткасига 1 марта кабул қилганда 24 соат давомида таъсирининг сакланиши, зўриқиш стенокардияси бор беморларда узоқ муддат қўлланганда тахикардия чақирмаслиги, маълум миқдорда антиангинал таъсирга эгаллиги аниқланди, 1гуруҳ беморларида тахикардия кузатилиб ва зўриқиш стенокардияли беморларда юрак соҳасида оғриқлар келиб чиққан. Шу сабабли беморларга қўшимча бетта-блокаторлар берилди. Натижада бошқа калций антогонитларига нисбатан амладипин препаратини юкори самарадорлиги аниқланди .

АНТИОКСИДАНТ ФЕРМЕНТЛАР ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ

Аллаберганов М.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Липидларнинг пероксидли оксидланиш (ЛПО) жараёнлари фаоллашиши меъда яралари келиб чиқишига бевосита алоқадор эканлиги бизга олдиндан маълум. ЛПО жараёнларининг интенсификацияси хужайра мембраналарига шикастлантирувчи таъсир кўрсатиб, уларнинг метаболизмини издан чиқарувчи токсик маҳсулотлар тўпланишига олиб келади, бу эса бошқа омилар билан биргаликда яра ҳосил бўлишининг бевосита сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Буларни ҳисобга олган ҳолда тадқиқотларимизда бензкетозон, глицирам ва метилурацилларнинг каламушларда иммобилизацион стресс ёрдамида чақирилган меъда яраларида уларнинг қони зардободаги антиоксидант ҳимоя тизими ферментлари функционал ҳолатига таъсири ўрганилди.

Текширилаётган препаратлар таъсирида мазкур кўрсаткич интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан маълум миқдорда ошган бўлишига қарамасдан, назорат гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан ишонарли даражада камайганлиги маълум бўлди. Метилурацил таъсирида КД миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан 26 % га ошди, назорат гуруҳига нисбатан 23 % га пасайди. Глицирам ушбу кўрсаткичга кучлироқ таъсир қилиб, қон зардободаги КД миқдорини интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан меъёрлаштирди, назорат гуруҳига нисбатан эса 38 % га пасайтирди. Бензкетозон 75 мг/кг дозада ишлатилганда КД миқдorigа энг кучли таъсир кўрсатди. Бунда ушбу кўрсаткич интакт гуруҳ ҳайвонлариникига деярлик тенглашди, назорат гуруҳи ҳайвонлариникидан эса 38 % га паст бўлди.

Имобилизация натижасида тадқиқ қилинаётган воситалар таъсирида назорат гуруҳига нисбатан камроқ даражада ошиши ҳамда интакт ҳайвонлар гуруҳи натижаларига яқинлашиши кузатилди. Метилурацил таъсиридаги каламушларнинг қони зардобиди МД миқдори интакт гуруҳга нисбатан эса 2,7 марта (265 % га) юқорилигича қолди, назорат гуруҳига қараганда 28 % га пасайди. ЛПО нинг ушбу маҳсулотига глицирамнинг самараси сезиларли даражада кучлироқ бўлиб, унинг таъсирида қон зардобиди МД миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан 24 % га ошганлигича қолди, назорат гуруҳига қараганда эса 66 % га пасайди.

Натижада, иммобилизацион стресс ёрдамида каламушларда ҳосил қилинган меъда яралари уларнинг қони зардобиди липидлар пероксидли оксидланиш жараёнларининг кескинлашуви ҳамда ундаги антиоксидант ҳимоя тизимининг пасайиши билан бирга кечди. Ушбу ҳолатларда қўлланилган бензкетозон эса қайд этилган бузилишларни сезиларли даражада камайтирди.

Ушбу хусусиятлари бўйича у метилурацилдан устун ва глицирамга деярлик баробар натижалар берганлиги кузатилди.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аминбоев Н., Машарипова Р.Т

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: изучить параметры образа жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией.

Материалы и методы: было обследовано 30 человек – 15 больных с врождённым пороком сердца, неревматическим кардитом и сахарным диабетом и 15 человек, неотягощенных этими патологиями. Группы обследуемых лиц были сопоставимы по возрасту и полу. Особенности образа жизни изучались посредством анкетирования по оригинальной анкете, разработанной сотрудниками кафедры «госпитальной и поликлинической педиатрии».

Результаты: значительная доля пациентов имеет крайне низкую физическую активность в сравнении с лицами, неотягощенными кардиальной и эндокринной патологией (52% против 11%, $p < 0,01$). Из них 36% проходят до 100 м в день, 8% - до 500 м в день, 8% не выходят на улицу вообще. В то время как среди контрольной группы доля лиц, имеющих объем активности 1 км и более, составила 56%. Повышенный уровень глюкозы крови однократно, несколько раз или постоянно фиксировали 12%, 12% и 16% больных лиц соответственно. 12% пациентов с врожденным пороком сердца и неревматическим кардитом вообще никогда не измеряли уровень сахара крови. Соответственно 48% всегда имели нормальный уровень гликемии против 84% среди здоровых лиц ($p < 0,001$). Повышенные цифры АД фиксировали 92% больных лиц, причем 48% из них – постоянно. При этом в группе больных отмечались значимые нарушения со стороны приема жидкости (злоупотребление объемом), соли и жирной пищи.

Выводы: физическая активность пациентов, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, снижена. У больных с хронической кардиальной патологией без сахарного диабета периодически регистрируется несколько повышенный уровень гликемии. Необходимо более активно проводить профилактическую работу по увеличению дозированной физической активности в повседневной жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией, а также более широко внедрять методы регулярного контроля АД и уровня гликемии натошак.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно что, физиологические эффекты биологически активных добавок (БАД) достигаются привнесением в организм веществ, обладающих выраженной биологической активностью в отношении животных и человека. Эти соединения выступают в качестве: субстратов для биохимических реакций; кофакторов ферментативных реакций; ингибиторов ферментативных реакций; абсорбентов/секвестрантов реактивных или токсичных веществ; лигандов, которые активируют или подавляют активность рецепторов; усилители абсорбции и/или стабильности основных питательных веществ; селективных факторов роста для естественных желудочно-кишечных бактерий; ферментационных субстратов для естественных бактерий в ротовой полости, желудка или кишечника, селективных ингибиторов вредных кишечных бактерий.

Синтетические БАД отличаются от натуральных по ряду причин. Во-первых, чистота изготовления приводит к отсутствию микропримесей природного происхождения, которые в натуральном аналоге существенно влияют на биологическую активность основных компонентов. Во-вторых, синтетические препараты могут содержать транс-изомеры, отсутствующие в натуральном сырье, на которые ферментные системы человеческого организма не могут отреагировать правильно.

В-третьих, синтезированные вещества представляют собой рацемическую лево- и правовращающуюся смесь изомеров, при том, что биологическая активность есть только у одного типа изомеров. В-четвертых, природные витамины и витаминоподобные вещества представлены множеством соединений (витамин С — 6, витамин Е — 10, каротиноиды — более 600, флавоноиды — более 6000), в то время как синтетические аналоги на практике представлены одной химической формулой (аскорбиновая кислота, α -токоферол ацетат, β -каротин, рутин).

К активным веществам, получаемым из растительных источников, относятся терпеноиды, фенолы, алкалоиды и другие азотсодержащие соединения. Согласно сообществу химической промышленности США, эти соединения могут препятствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии, онкологических заболеваний, воспалению, паразитарных инфекций, психотических заболеваний, спазматических состояний. БАД, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, благоприятно влияют на течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Потребление омега-3 ненасыщенных жирных кислот оказывает положительное влияние на протекание заболеваний нервной системы: существуют данные, свидетельствующие о благоприятном их действии на течение болезни Альцгеймера, также у больных биполярным расстройством головного мозга принятие омега-3 ненасыщенных жирных кислот при дозировке 9,6 г в день улучшало течение заболевания при в сравнении с группой, принимавшей оливковое масло.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С., Алимова М.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно что, генерация активных форм кислорода неизбежна при аэробном метаболизме организма. Реактивные формы кислорода приводят к повреждению липидов в клеточных мембранах, окислению белков и повреждению ДНК. Это воздействие приводит к развитию возрастных заболеваний, таких как атеросклероз, онкологические

заболевания, инсульт, артрит, возрастная пигментация, дерматит, катарактогенез, повреждение сетчатки, повреждение печени и др. Антиоксидантные нутрицевтики либо гасят реактивные формы кислорода, либо участвуют в качестве кофакторов ферментов, участвующих в детоксикации активных форм кислорода. Эпидемиологические исследования показывают значимость антиоксидантных нутрицевтиков для здоровья и профилактики возрастных заболеваний.

По химическому составу антиоксидантные нутрицевтики включают: токоферолы и токотриенолы, аскорбиновую кислоту, каротиноиды, полифенолы, альфа-липоевую кислоту — все эти вещества участвуют либо в детоксикации форм кислорода либо в мембране, либо в цитоплазме.

Процессы перекисного окисления липидов постоянно происходят в организме и имеют важное значение для обновления состава и поддержания функциональных свойств биомембран, энергетических процессов, клеточного деления, синтеза биологически активных веществ, внутриклеточной сигнализации.

Поскольку регулярный приём свежей растительной пищи уменьшает вероятность возникновения сердечно-сосудистых и ряда неврологических заболеваний, была сформулирована и широко растиражирована средствами массовой информации рабочая гипотеза о том, что антиоксиданты могут предотвратить разрушающее действие свободных радикалов на клетки живых организмов, и тем самым замедлить процесс их старения.

Многочисленные научные исследования пока не подтвердили этой гипотезы. Опубликованы широкомасштабные исследования, которые указывают на то, что пищевые добавки с антиоксидантами, наоборот, могут быть опасны для здоровья. Мета-анализ клинических исследований, в которых участвовали более 240 тысяч человек в возрасте от 18 до 103 лет (44,6 % женщин), показал, что бета-каротин и витамин Е в дозах, превышающих рекомендуемую дневную норму, значительно повышает общую смертность. Новейшие данные позволяют предположить, что благотворное воздействие свежей растительной пищи на здоровье вызвано иными соединениями и факторами, нежели антиоксиданты.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БЕЗ АНТИАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Атажанова Н.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В настоящее время бронхиальная астма (БА) рассматривается как глобальная медицинская и социальная проблема (Чучалин А.Г., 1997), что связано, прежде всего, с высокой ее распространенностью (Naahela.T et.al.1990). хелперами 1-Th1 (Чучалин.А.Г...,2005)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Труды ученых отечественных школ руководимых А.Д.Адо, П.К.Булатовым и другими показывают, что ведущую роль в сенсibilизации организма играют инфекционные очаги, находящиеся чаще всего в органах дыхания. Эти же очаги воспаления считаются источниками патологической интерорецепции, которая способствует возникновению патологической рефлекторной дуги, вызывающей приступ удушья, и формированию патологической доминанты бронхиальной астмы в центральной нервной системе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

С этой целью нами были обследованы 36 больных бронхиальной астмой.

Среди них мужчин было 14-39%, женщин 22-61%. Возраст больных колебался от 19 года до 65 лет.

От 19 лет – 4 больных-11%

От 20 – 44 лет больных-18-50%
От 45 – 64 лет- больных-10-28%
От 65 и старше-4 больных-11%

Все больные находились на излечении в стадии обострения заболевания. В РНЦЭМП Хорезмского филиала в отделении Экстренной терапии с 1 января 2018 года по 1 декабря 2018 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Результаты исследования гемодинамики показали, что при бронхиальной астме сердечно-сосудистая система закономерно вовлекается в патологический процесс.

До блокады у всех больных частота пульса колебалась от 79 до 140 ударов в мин.

В пределах нормы она была только у 2 больных. При исследовании артериального давления получены следующие данные: повышенное систолическое давление (155-190 мм.рт.ст.) было отмечено у 4 больных, пониженное (80-95 мм.рт.ст.)—у 2, диастолическое давление у 3 было повышено (95—110мм.рт.ст.), у остальных- в норме.

После блокады в большинстве случаев одновременно с клиническими улучшениями наблюдались положительные сдвиги показателей функции внешнего дыхания и гемодинамики. Частота дыхания у 10 больных нормализовалась. У 6 больных отмечено увеличение ЖЕЛ на 0,3—0,9л, у остальных -- без существенных изменений.

Пульс у всех замедлился до 76-105 ударов в 1 мин. А/Д у большинства больных имело тенденцию к повышению до 10-15 мм.рт.ст (преимущественно максимальное), через час после блокады оно доходило до исходного уровня или было ниже на 5—15 мм.рт.ст

Максимальное артериальное давление стало ниже исходного уровня преимущественно у больных гипертонией.

ВЫВОДЫ:

1 Результаты экспериментально-клинических исследований позволяют считать, что методы надгрудинной претрахеальной и паратрахеальной новокаиновой блокады общедоступны, могут применяться как в условиях терапевтического стационара, так и амбулаторно: предпочтение следует отдавать претрахеальной блокаде как более эффективному и технически простому методу.

Нами также изучалась сравнительная эффективность методов надгрудинной претрахеальной и паратрахеальной новокаиновой блокады при лечении больных бронхиальной астмой. При этом установлено, что метод надгрудинной претрахеальной блокады более эффективный и легко выполняема.

Для получения длительного лечебного эффекта необходимо повторные блокады через 1—3 дня в зависимости от состояния больного. Клиническое выздоровление наступает после 3—7 блокад. Оптимальная доза для блокады—40 мл 0.5% раствора новокаина.

4 Учитывая полиэтиологический характер бронхиальной астмы и сложность ее патогенеза, применение надгрудинной претрахеальной и паратрахеальной новокаиновой блокады рационально в комплексе с другими методами консервативной терапии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Ахмедов М.Э., Рустамова Х.Е.
Ташкентская медицинская академия

В Узбекистане с первых дней независимости проводится последовательное реформирование системы здравоохранения, в том числе и системы охраны материнства и детства. Разрабатываются и поэтапно осуществляются меры по созданию благоприятных условий для рождения и воспитания здорового поколения. Несмотря на проводимые мероприятия по раннему выявлению врожденных и наследственных заболеваний путем

проведения перинатального и неонатального скрининга беременных и новорожденных, массового раннего ультразвукового скрининга беременных на уровне первичного звена здравоохранения врожденные пороки сердца (все еще остаются актуальной проблемой здравоохранения, т.к. они вносят весомый вклад в показатель перинатальной, младенческой и детской смертности и отличаются крайне неблагоприятным прогнозом здоровья и качества дальнейшей жизни ребенка).

Цель исследования: Представить эпидемиологическую характеристику врожденных пороков сердца среди детского населения республики.

Материал и методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ показателей заболеваемости ВПС среди детей до 14 лет по регионам Республики Узбекистан. Были использованы статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан (2007-2017гг.).

Результаты исследования: Проведенный анализ заболеваемости ВПС среди детского населения республики показал, что за последние 10 лет (2007-2016гг.) отмечается снижение в целом по республике в 1,4 раза. Необходимо отметить, что снижение данных показателей неравномерно в различных регионах республики. Наиболее высокая кратность снижения ВПС в целом, отмечалась в Хорезмской, Наманганской и Сурхандарьинской областях (в 4,5; 2,1; 2 раза соответственно), тогда как в Бухарской, Самаркандской областях зарегистрировано относительно небольшое увеличение данного показателя (в 1,2раза). Интересен факт, что врожденные пороки сердца и системы кровообращения (ВПС) составляют почти 1/3 часть в структуре всех врожденных пороков развития среди детей в целом по республике, далее следуют множественные ВПР, хромосомные аномалии, пороки костно-мышечной системы. Однако в Наманганской и Бухарской областях ВПС составляют более половины ВПР, Хорезмской области 48%, Ферганской области 41%. Тогда как в г.Ташкенте ВПС составляют всего 12-15% среди всех врожденных пороков развития, деформации и хромосомных нарушений.

Для определения основных причин положительной или отрицательной динамики врожденных пороков сердца среди детей до 14 лет в разрезе областей необходимы более углубленные исследования с использованием методов статистического анализа.

МИЕЛОМ КАСАЛЛИГИДА ПЛАЗМАФЕРЕЗНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Болтоева Ф.Г. Машарипова И.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги: Миелом касаллиги (плазмцитома, Рустийский-Калер касаллиги) Вотякова О.М. ва Долина Е.А. фикрларига кўра лимфопротератив касаллик бўлиб, суяк кўмигида плазмцитар хужайрасини инфильтрацияланиши, қон плазмасида ёки сийдикда моноклонал иммуноглобулин тўпланиши ва суякларни остеолитик шикастланиши билан характерланади.

Текшириш усуллари ва манбалари: Текширувда Хоразм вилояти ВКТТМ Гематология бўлимида 2016 - 2019 йилгача даволанган миелом касаллиги бор беморлар. Клиник-лаборатор маълумотлар ретроспектив 21 бемор ва проспектив 29 беморда баҳоланди. Беморларнинг ўртача ёши 30 дан 74 ёшгача (медиа 52 ёш). Хоразм вилояти ВКТТМ Гематология бўлимида келган барча беморларда суякларда яққол оғриқ синдроми ва анемия синдром, шу билан бир қаторда биохимик ўзгаришлар хусусан оксил фракциясида ўзгаришлар борлиги қайд этилган.

Даволовчи плазмаферез миелом касаллигига учраган беморларда ўтказишнинг эффективлиги шундаки, биринчи гуруҳда плазмаферез ўтказилгандан кейинги умумий оксил даражаси бирмунча пасайди ($101,12 \pm 1,81; 68,26 \pm 1,81$). Миелом касаллигида оксил фракцияларидаги ўзгаришлардан асосий ўринни эгаллайдиган гаммаглобулинлар микдорининг плазмаферез билан даволаш натижасидаги ўзгаришини қуйидаги кўрсаткичлар орқали изохлаш мумкин ($36,54 \pm 1,23; 21,68 \pm 0,69$). Даволовчи плазмаферез

ўтказилган беморларда барча биохимик кўрсаткичлар томонидан ижобий ўзгаришлар номоён бўлди.

Натижалари: Олинган натижаларимиз плазмаферез ўтказилган беморларда ўтказилмаган беморларга нисбатан плазма таркибидаги умумий оксил микдорининг пасайиши бирмунча яхши. Ушбу кўрсаткич камайиши билан беморларнинг шикоятлари хам камайиб, умумий ахволида ижобий томонга ўзгарди. Оксил фракциялари таркибидаги, миелом касаллигининг асосий диагностик критерийларидан хисобланган гаммаглобулинлар микдори деярли нормал кўрсаткичларга яқинлашди ($24,74 \pm 0,74$; $34,38 \pm 1,23$). Пешоб таркибидаги оксил микдорининг пасайиши плазмаферез ўтказилмаган беморларга нисбатан анча яхши кўрсаткичларга ўзгарган. Бу эса буйрак фаолиятининг бирмунча яхшиланганлигидан дарак беради.

ЭТИОЛОГИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Джуманиязова Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Этиология и эпидемиология врожденных и нозокомиальных пневмоний отличаются в зависимости от популяции, к которой принадлежит младенец, установок клиники, особенностей перинатального периода, гестационного возраста и определений пневмонии, принятых в данном регионе. Предрасположенность новорожденных к возникновению инфекционных осложнений может быть обусловлена не только особенностями госпитальных штаммов микроорганизмов, но и состоянием иммунной системы новорожденных детей. Массивная и длительная антибиотикотерапия, проводимая пациентам ОРИТ новорожденных, негативно влияет на биоценоз слизистых оболочек, становление местного и общего иммунитета новорожденного ребенка. Возникновению воспаления в легких у плода и новорожденного способствует отягощенный соматический и акушерско – гинекологический анамнез матери: • хронические воспалительные заболевания почек (пиелонефриты), особенно если наблюдались обострения заболевания во время беременности; • нелеченая хроническая очаговая инфекция генитальной сферы (сальпингооофорит, кольпит);

В период новорожденности пневмония развивается гораздо чаще, чем в другие возрастные периоды. Начало самостоятельного дыхания является одним из самых важных факторов приспособления ребенка к внеутробному существованию; внутриутробное инфицирование и развитие воспалительного процесса – одна из основных причин высокой частоты нарушений респираторной адаптации. Статья содержит обзор данных литературы по этиологии, патогенезу и диагностике пневмонии у новорожденных. Ключевые слова: новорожденные, пневмония, этиология, клинические проявления, диагностика, недоношенные дети. • патологическое протекание беременности (угроза прерывания беременности, истмико-цервикальная недостаточность шейки матки с наложением шва после 20 недели гестации); • интранатально: преждевременное излитие околоплодных вод с длительным (более 12 часов) безводным периодом; • имеет значение высокая вирулентность инфицирующих агентов и угнетение иммунологической реактивности у матери, плода и новорожденного (на фоне гестоза более 4 недель, хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриматочной гипоксии плода).

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У МАЛО- И МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Джуманиязова Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Женщины фертильного возраста представляют собой одну из наиболее многочисленных групп риска по развитию у них железодефицитных состояний как в латентной, так и в манифестной форме. В самой же этой группе женщин фертильного возраста согласно национальным медико-демографическим обзорам велик удельный вес многорожавших женщин. Частые роды с коротким интервалом между беременностями является характерным феноменом для женщин Центральноазиатского региона, что безусловно отражается на балансе железа в организме этих женщин, переводя их в группу высокого риска по развитию железодефицита.

Целью работы - изучить в сравнительном аспекте метаболизм железа у мало- и многорожавших женщин в зоне южного Приаралья Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Обследовали 80 женщин фертильного возраста в возрасте 22-36 лет, из них 40 малорожавших (1 ребенок на момент обследования) и 40 многорожавших (4 детей на момент обследования). Для характеристики метаболизма железа использованы методы анализа железа батофенантролиновым методом, сывороточного трансферрина нефелометрическим методом с использованием коммерческой антисыворотки, КНТ, сывороточного ферритина иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем.

Результаты и обсуждение. У обследованных малорожавших женщин метаболизм железа характеризовался в среднем снижением уровня сывороточного железа 10.6 ± 0.62 мкмоль/л, на фоне повышающейся концентрации железопереносящего белка трансферрина в среднем 3.80 ± 0.02 г/л, что обуславливает и понижение коэффициента насыщения суммарного трансферрина железом в среднем до $14.1 \pm 0.7\%$. Выявляемый показатель сывороточного ферритина в среднем составляет величину 23.9 ± 1.7 мкг/л, что в количественном отношении определяет запасы железа в 239 мг. В сравнительном аспекте с данной обследованной группой женщин у обследованных многорожавших женщин на момент обследования метаболизм железа характеризовался значительными флуктуациями. Так, содержание сывороточного железа у многорожавших в среднем составлял 8.7 ± 0.5 мкмоль/л, а уровень железопереносящего белка трансферрина в среднем достигает критических пороговых величин, указывающих на истощение запасов железа у этих женщин, в среднем 4.00 ± 0.02 г/л. Характерно, что КНТ в среднем у обследованных женщин составляет только $10.2 \pm 0.3\%$, что указывает на имеющий место феномен железодефицитного эритропоэза у этих женщин. Подтверждением истощения запаса железа у многорожавших женщин является низкий уро-

вень сывороточного ферритина в среднем 14.2 ± 0.9 мкг/л, что эквивалентно запасу железа в 142 мг, что почти в 2 раза ниже, чем у женщин малорожавших.

Выводы. Проведенное исследование метаболизма железа в сравнительном аспекте у мало- и многорожавших женщин дает основание говорить о том, что частота родов у женщин фертильного возраста и сопутствующая этому интенсификация процессов метаболизма железа является прямым фактором риска развития железодефицита у этих женщин.

ШИЛЛИҚ ҚАВАТ БАРЬЕРИ БУЗУЛИШЛАРИНИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ КОРРЕКЦИЯШ

Исмоилов С.Р., Аллаберганов М.Ю., Курбонниёзова Ю.А., Рахимова Г.О.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Шиллиқ қават барьери тўлиқ фаолият юритишини эримайдиган гликопротеинлар (ЭГП) амалга оширади. Чунки, улар агрессив омилларга нисбатан ҳимоя қавати турғунлигини ва мустаҳкамлигини таъминлайди.

Экспериментлар зотсиз оқ каламушларда (160-230 г) ўтказилди. Иммунизация стресс усули ёрдамида улар меъда яраси чақирилди.

Шундан кейин 5 кун мобайнида бензкетозон ва глицирам 75мг/кг, омепрозол 30 мг/кг ҳисобида металллик зонд ёрдамида меъдага киритилди. Назорат гуруҳидаги оқ каламушларга тенг миқдорда крахмал клейстери бериб борилди.

ЭГП ларнинг асосий углевод компонентлари: гексоза, фукоза, сиал кислоталари ва оксил умумий миқдорини аниқлаш билан биргаликда амалга оширилди.

Таҷрибалар давомида олинган натижалар Стъюдент критерийлари бўйича статистик жиҳатдан кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ $P < 0,05$ га тенги статистик жиҳатдан ишонарли деб топилди.

Олиб борилган тадқиқотларимиз натижалардан шулар маълум бўлдики, эмоционал стресс натижасида меъда шиллиқ қавати ЭГП сифатий таркиби углевод компонентлари ҳисобига бузилар экан.

Назорат гуруҳида гексоза, сиал кислоталари, фукоза миқдорини интакт ҳайвонларга нисбатан деярли икки мартага камайиши аниқланган бўлса, оксил умумий миқдори эса деярли фарқ қилмади.

Глицирам сиал кислоталар миқдорини дастлабки натижаларга нисбатан стимуляциягача 17%, стимуляциядан сўнг 15%, фукоза эса мос равишда 27% ва 23%, гексоза 8% ва 5 %, оксил умумий 9% ва 5% кучайтириши аниқланди.

Омепрозол эса ЭГП ўрганилган кўрсаткичларга сезиларли таъсир этмаганлиги қайд қилинди ва статистик ишонарли натижалар қайд этилмади.

Эримайдиган гликопротеинлар синтезига бензкетозон стимуловчи таъсир кўрсатганлиги кузатилди.

Сиал кислоталар миқдори стимуляция ва ундан кейин мос ҳолда 27% ва 24% га, фукоза эса 20% ва 15% га ошди, гексоза стимуляциягача 13% га, стимуляциядан кейин 7% га ошди.

Таҳлилларимиздан маълум бўлдики, бензкетозоннинг меъда ярасига қарши профилактик самараси эримайдиган гликопротеинлар синтезини кучайтириши ва унинг таркибини яхшилаши билан боғлиқ бўлиб, у меъда шиллиқ қавати ҳимоя функциясини сезиларли даражаларда тиклар экан.

IMPACT OF ANTAGONISTS OF MINERALOCORTICOID RECEPTOR IN TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE

Islomov I.I., Ismoilov S.R., Yuldashev O.S.
Urgench branch of Tashkent medical academy

Purpose of the study. Compare and study the effect of antagonists of mineralocorticoid receptors on the course of heart failure, based on a prospective analysis of patients with a diagnosis of heart failure.

Material and research methods. 64 patients with a diagnosis of heart failure were examined in whom clinical and laboratory tests were performed before and after treatment. Of these, 35 (54.69%) men and 29 (45.31%) women, the average age of patients was 72.55 ± 5.66 years. All patients underwent generally accepted research methods (clinical and biochemical blood tests, general urine analysis, ECG, echocardiography). Patients, regardless of the genesis

of CHF, were divided into two groups depending on the use of antagonists of mineralocorticoid receptors (AMCR).

Results and discussion. According to the results of the study, it was found that the main causes of heart failure were arterial hypertension (AH) in 64.06% (n=41), coronary heart disease (CHD) in 68.75% (n=44) of patients, 20.31% (n=13) patients had a constant form of atrial fibrillation, 12.5% (n=8) had atherosclerotic heart defects, 14.06% (n = 9) patients had diabetes mellitus. Mean systolic blood pressure (SBP) was 137.46 ± 14.44 mmHg. (when leaving the hospital 126.14 ± 10.46 mmHg) and diastolic blood pressure (DBP) 85.07 ± 11.03 mmHg. (when leaving the hospital 76.04 ± 9.06 mmHg) the initial level of the ejection fraction (EF) was $39.4 \pm 7.6\%$. The average heart rate was 81.4 ± 22.6 beats per minute (when leaving the hospital 74.12 ± 5.08 beats per minute). The initial potassium level was 3.84 ± 1.6 mmol/L and 5.42 ± 1.08 mmol/L when leaving the hospital, respectively. The initial level of creatinine in the blood was 113.2 ± 3.8 μ mol/L and 112.8 ± 2.02 μ mol/L when leaving the hospital, respectively. Patients of the first group, which amounted to 65.63% (n=42) received veroshpiron in combination with i-ACE and beta-blockers, patients of the second group 31.25% (n=20) received beta-blockers and i-ACE without an aldosterone antagonist. When comparing the results of patients who received and did not receive AMCR, it was found that the clinical and laboratory parameters of the patients of the two groups who received AMCR were relatively better. When comparing these indicators among the groups treated with veroshpiron, there was a positive shift in the indicators of clinical and laboratory tests, in particular, the levels of potassium and creatinine in the blood of patients in the group.

Conclusions. Thus, the use of antagonists of mineralocorticoid receptors in patients with heart failure improves the course and prognosis of the disease. This is the basis for wider use of mineralocorticoid receptor antagonists in clinical practice. In this case, dynamic control of clinical and biochemical parameters is required. Strict adherence to these recommendations increases the effectiveness and reduces the side effects of antagonists of mineralocorticoid receptors, especially in elderly patients.

HEART RHYTHM DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ON THE BACKGROUND OF INTEGRATED TREATMENT WITH ALDOSTERON ANTAGONISTS

Islomov I. I., Karimova D.Sh., Bekchanova Yu. X.

Urgench branch of Tashkent medical academy

The Clinic of the Urgench branch of the Tashkent medical academy,

Purpose of the study. To study the effects of aldosterone antagonists (AA) on cardiac arrhythmias in patients with chronic heart failure (CHF).

Material and research methods. As part of a prospective observation, 42 patients were examined, who were hospitalized in the general therapy department of the clinic of the Urgench branch Tashkent Medical Academy, aged 53 - 74 years. Patients with CHF were included in the study with II, III, and IV Functional Class (FC) classified by the New York Heart Association (NYHA). Of studies excluded patients with acute heart failure, acute myocardial infarction, unstable angina pectoris, idiopathic cardiomyopathy, pericarditis, rheumatic heart disease, myocarditis. All patients underwent generally accepted research methods (clinical and biochemical blood tests, general urine analysis, ECG, echocardiography, 6-minute walking test, rating scale of clinical condition. A physical study was performed to diagnose arrhythmia in patients, used short-term ECG recording in 12 leads and daily Holter monitoring.

Results and discussion. According to the Holter monitoring and short-term ECG recordings, heart rhythm disturbances were detected in 31 (73.81%) patients before and after complex treatment with the inclusion of AA, respectively: permanent form

atrial fibrillation (AF) in 18 (42.85%) and 18 (42.85%) patients ($p < 0.05$), single supraventricular extrasystoles in 7 (16.67%) and 3 (7.14%) patients ($p > 0.05$), single ventricular

extrasystoles in 22 (52.38%) and 13 (30.95%) patients ($p < 0.05$), the combination of supra and ventricular extrasystoles in 12 (28.57%) and 9 (21.43%)

patients ($p > 0.05$), frequent ventricular extrasystoles in 8 (19.04%) and 8 (19.04%) patients ($p > 0.05$) among these patients with FC according the clinical condition assessment scale and the 6-minute walking test are identified as follows: CHF II FC in 15 (35.71%), III FC in 18 (42.85%), IV FC in 9 (21.42%) patients. Everyone had

ischemic heart disease, mainly represented by stable angina pectoris with an average FC of 2.86 ± 0.75 . Arterial hypertension was detected in 31 (73%) patients. Mean Systolic Blood Pressure (SBP) was 136.6 ± 18.0 mmHg and diastolic blood pressure (DBP) 74.8 ± 18.31 mmHg. Ejection fraction left ventricle (EFLV) was $46.62 \pm 12.4\%$. The average heart rate was 81.2 ± 24.6 beats per minute.

Conclusion. Thus, aldosterone antagonists can reduce the occurrence of disorders heart rhythm and improve the quality of life against the background of complex treatment of patients with chronic heart failure.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АЛИМЕНТАРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У КРЫС С ОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Кувондилов Д.А., Кодиров И.Р., Рустамов И.Х.
Ташкенская медицинская академия

Повышение эффективности лекарственной терапии гипергликемических состояний является приоритетным направлением современной медицины. Учитывая важную роль печени в углеводном обмене, логично полагать, что угнетение гликогенообразовательной функции гепатоцитов может быть одним из центральных звеньев патогенеза гипергликемии. При патологических состояниях различной этиологии указанная функция печени существенно угнетается. Данное обстоятельство указывает на важность создания и внедрения препаратов усиливающих гликогенообразовательную функцию печени.

Установлено, что при остром токсическом гепатите уровень глюкозы в крови натошак отчетливо снижается, что, вероятно, связано с угнетением запасов гликогена в печени, а также подавлением процессов ресинтеза глюкозы и глюконеогенеза. Результаты последующих исследований показали, что у здоровых крыс отмечается развитие отчетливой гипергликемии, при нагрузке их глюкозой в дозе 3,0 г/кг, и особенно, 4,0 г/кг. В отличие от этого степень гипергликемии при остром токсическом гепатите после нагрузки глюкозой была более высокой. Следовательно, при остром токсическом гепатите степень и продолжительность алиментарной гипергликемии существенно возрастает. У животных леченных Лесбохолом степень гипергликемии после нагрузки глюкозой была меньшей почти в два раза, по сравнению с нелеченой группой. Примечательно, что к концу второго часа эксперимента у не леченных животных степень гипергликемии сохранялась на высоком уровне (70,0 - 38,0%), тогда как у леченных она статистически значимо не отличалась от исходного уровня. Механизм отмеченного эффекта Лесбохола, вероятно, связан с восстановлением функциональной активности гепатоцитов.

Примечательно, что у леченных Лесбохолом животных степень гипогликемии (натошак) была существенно низкой уже через трое суток от начала лечения и достигала уровня здоровых после шестидневного лечения.

Результаты настоящей работы указывают на существенные нарушения течения алиментарной гипергликемии при остром токсическом гепатите и достаточную эффективность Лесбохола в его устранении. Учитывая, что Лесбохол является нетоксичным соединением, не обладает отрицательным влиянием на функцию жизненно важных органов даже при его длительном применении, он может быть рекомендован в качестве препарата, применяемого в комплексном лечении патологий, в патогенезе которых центральная роль отводится нарушениям углеводного обмена в результате

усиления интенсивности деградации биологических мембран свободно-радикальными процессами.

РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ГЕПАТОЦИТОВ

Курбанова Н.Н., Хушбактова З. А., Алимова М.М.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Институт химии растительных веществ АН РУз*

Известно, что гепатопротекторы улучшают функционирование ферментных систем органа, ускоряют перемещение веществ, усиливают защиту клеток, улучшают их питание, принимают участие в распределении. Это все обеспечивает восстановление печени. Кроме того, значительно улучшаются биохимические показатели функционирования органа. На наш взгляд, это связано химической структурой этих соединений. Механизм защитного действия флавоноидов связан с повышением активности антиоксидантных ферментов, восстановлением клеточных мембран гепатоцитов, участием их в процессах молекулярного транспорта, деления и дифференцировки клеток, стимуляцией активности различных ферментных систем, замедлением синтеза коллагена и повышением активности коллагеназы, что лежит в основе их антифибротического эффекта.

Большинство флавоноидов обладают противовоспалительным действием, ингибируя ферменты, ответственные за синтез провоспалительных цитокинов, простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов. По мнению авторов, метаболическое действие данной группы гепатопротекторов связано со стимуляцией биосинтеза белка и ускорением регенерации поврежденных гепатоцитов, обусловленные специфической стимуляцией РНК-полимеразы 1, активизацией транскрипции и трансляции, что приводит к увеличению количества рибосом и активации биосинтеза структурных и функциональных белков. Видимо, выявленные нами положительные сдвиги в структуре гепатоцитов связаны с активацией синтетических процессов.

В исследованиях Абдуллаева Г.Р. (2016) у крыс с эмоционально-болевым стрессом было установлено снижение процессов перекисного окисления липидов при использовании катацина, препарат повышал энергетический потенциал клеток. Данный препарат обладает антигипоксическим действием при различных формах гипоксии и по своей активности превосходит известные антигипоксиканты. Изучение хронической токсичности катацина показало отсутствие кумулятивных свойств.

Проантоцианидин геранил проявил антигипоксические свойства на модели окклюзии сонной артерии. Видимо, полученные нами более выраженные гепатопротективные свойства катацина и геранила связаны их антигипоксическим и антиоксидантным действием, они по своим гепатопротективным свойствам не уступают широко известному препарату карсил. Кавергал обладает выраженной антигипоксической и антиоксидантной активностью и мембранопротекторным действием, повышает устойчивость организма к действию неблагоприятных факторов среды.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Курбанова Н.Н., Хушбактова З. А., Алимова М.М.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Институт химии растительных веществ АН РУз*

Несмотря на наличие различных по механизму действия гепатопротекторов, эффективность их остается низкой, наблюдаются определенные побочные эффекты, что диктует необходимость разработки новых высокоэффективных гепатопротекторов и

изучение их механизма действия. В последние годы сотрудниками ИХРВ АН РУз созданы лекарственные препараты на основе биофлавоноидов и проантацианидинов. Предварительные исследования показали их антигипоксические и гепатопротективные свойства. Однако доказательством их гепатопротективного действия могут быть морфологические исследования. Все вышеизложенное явилось объектом предстоящего исследования.

В эксперименте было использовано 160 белых беспородных крыс-самцов массой 180-220 г, находящихся на стандартном рационе центрального вивария ЦНИЛ ТМА. Все опыты, проводимые на животных, проводились в соответствии с рекомендациями ВОЗ по работе с экспериментальными животными, а также с соблюдением мер предосторожности. Крысам применяли эвтаназию, в соответствии с протоколом, когда их состояние оценивалось как умирающее. Модель острого токсического поражения (ОТГ) воспроизводили однократным введением гелиотрина в дозе 200 мг/кг массы тела животных у 75 крыс, 8 крыс составили интактную группу. Летальность на 1-3 сутки составила 10,7% (8 крыс). На 3-и сутки введения токсиканта выжившие 67 животные были разделены на 5 групп: 1) ОТГ+физиологический раствор в дозе 5 мл/кг массы тела (контрольная) (15 крыс); 2) ОТГ+карсил (группа сравнения) (13 крыс); 3) ОТГ+катацин (13 крыс); 4) ОТГ+геранил (13 крыс); 5) ОТГ+кавергал (13 крыс). Препараты вводили внутривенно по 100 мг/кг в течение 12 дней ежедневно. После заключительного введения препаратов животных забивали, кусочки печени фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, промывали, обезжировали и заливали в парафин с воском. Гистологические срезы, полученные на санном микротоме окрашивали гематоксилином-эозином и просматривали на микроскопе Лейка под объективами: 10, 20, 40.

При воспроизведении токсического гепатита с введением гелиотрина в печени отмечается развитие массивного централобулярного некроза и кровоизлияния, которые местами проникают в сосудные дольки и в зону перипортальной паренхимы печени с формированием мостовидных некрозов (рис. 1). В сохранившейся перипортальной печеночной ткани выявляются расширение синусоидов, пространства Диссе, очаги воспалительной лимфогистиоцитарной инфильтрации вокруг некроза и сосудов портальных трактов.

ТАЖРИБАЛАРДА АЙРИМ ФЕНИЛГЛИОКСИЛ КИСЛОТА УНУМИ ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ МЕЪДА ЯРАСИГА ТАЪСИРИ

Қаландарова У.А., Аллаберганов М.Ю., Сапаева Ш.Т., Ражабова Ж.И., Дусчанова Р.Й.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Охирги йилларда аҳоли орасида меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини даволашда протон помпа ингибиторлари, H₂-гистамино-литиклар, M₁-холинолитиклар, цитопротекторлар кенг кўламда ишлатиб келинмоқда.

Мазкур патологияни даволашда ножўя таъсирлари нисбатан камроқ кузатиладиган янги дори воситаларини топиб, уларни мукамал ўрганиш масаласи ҳозирги кунда ҳам долзарблигича қолаётганлигини алоҳида таъкидлаш лозим. Шу ўринда биз ўз эътиборимизни фенилглиоксил кислота унуми бенкетазон препарати ўрганишга қаратдик.

Тадқиқот учун ҳар хил жинсадаги оқ каламушлардан фойдаланилди. Улар меъдасида Мешерской методидан фойдаланилган ҳолда тажрибавий яра чақирилди. Меъдасида яра ҳосил бўлган каламушлар 2 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳдаги каламушлар меъдасига 75 мг/кг микдорида оғиз орқали металллик зонд ёрдамида бенкетазон препарати юборилди.

Оқ каламушлар 3-, 7-, 10-кунларда декапитация усули билан жонсизлантирилиб, меъда шиллик қавати патоморфологияси текширилди.

Ўрганилаётган препарат юборилган каламушларда тадқиқотларнинг 3-куни яра тубида яллиғланган некротик детрит ва фибриноидли некроз сезиларли камайган, у пролифератив грануляциян яллиғланган, таркибида лимфо-гистоцитар хужайралар ва шаклланмаган толасимон тузилмали инфилтрат билан қопланган. Мушак қавати томирлар ва интерстиция томон йўналган лимфо-гистоцитар инфилтрат, сийрак мушак толаларидан иборат. Жароҳат атрофида ўраб олувчи шиллиқ эпителий регенерацияси кузатилди. Кузатувнинг 7-кунида меъданинг айрим жойларида кичик ўлчамли пилорик қисмда жойлашган якка ҳолдаги яралар аниқланди, уларнинг кўпчилиги битиш арафасида. Яра туби силлиқ, тоза, яра атрофида шиллиқ қават гипертрофияси кузатилди. Микроскопик текширувда яра туби етилган гистоцитар хужайра ва толасимон структурага эга шаклланган фиброз тўқимадан иборат. Кузатувнинг 10-куни меъда шиллиқ қаватида якка ҳолдаги майда, юза яра дефектлар эрозия ва қонталашли кўринишда учрайди. У зич фиброз тўқима, юзаси гиперплазияланган ва гиперхроматизацияланган эпителий билан қопланган, айрим соҳаларида узун бўлмаган ворсинка ўсимталар кузатилади. Жароҳат атрофида ўраб олувчи ва безли эпителий регенерацияси ҳисобига ворсинкалар сезиларли ўсганлиги кузатилди.

Бензкетазон препарати ярадаги яллиғланиш ва деструктив-некротик жараёнларининг олдин сўнишига, шиллиқ қаватда хужайра элементларининг репаратив регенерациясининг прогрессиясига олиб келади.

АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Матмуротова С.О., Палвонов Т.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Марказий ёғ босиши, эссенциал гипертония, инсулинорезистентлик ва липид алмашинуви орасида патогенетик боғлиқлик ва ушбу ҳолатларни бирга кўшилиб келишини кўрсатувчи тадқиқотлар метаболик синдромни ажратиш учун асос бўлди. Охириги йилларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ёғ тўқимаси ауто-, пара- ва эндокрин функцияларга эга бўлиб, кўп миқдорда турли биологик самарага эга бўлган моддалар ажратади. Бу эса ёғ босиши асоратларини ривожланиши ва инсулинорезистентлик шаклланишига олиб келади. Ортиқча висцерал ёғ тўқимаси тўпланишининг, инсулинорезистентлик синдроми шаклланишининг асосий хавф омилларидан бири эканлигини ҳисобга олганда, беморларни комплекс даволашда, абдоминал-висцерал ёғ миқдорини камайтириш асосий принциплардан бири бўлиши лозим.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 18-49 ёшдаги аёллар орасидан 165 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Қондаги липидлар, иммуноректив инсулин, кортизол миқдори, 2 соатдан кейингиглюкозага толерантлик аниқланди.

Натижалар. Аёллар орасида тана вазнининг ошиши 20.6% ни ташкил қилар экан. 30 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Инсулинорезистентликнинг шаклланиши ва ривожланишида висцерал ёғ тўқимаси муҳим ўрин эгаллайди. Аёллар орасида метаболик синдромини учраши асосан 30 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Кортизол метаболизмга турлича таъсир кўрсатади. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 13.9% ни гипертриглицеридемия 19.8%ни ташкил қилди.

Хулоса: Метаболик синдромни олдини олиш учун қуйидагиларга риоя қилиш зарур. Бу биринчи аҳолини тиббий билимини ошириш, аҳолини ижтимоий- демографик хусусиятларини ўрганиш ва рационал овқатланиш демакдир. Аёлларда туғруқлар орасида тана вазнининг ошиши сабабларини аниқлаш усулларини излаб топиш кераклигини

хисобга олиш. Кунига 60 минутдан кам бўлмаган вақтда пиёда сайр қилишни тавсия қилинди.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА

Махмудов Н.И., Сайдахмедов И.О, Юсупова Р.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Синдром в 1956 г был описан Lyell как токсический эпидермальный некролиз. В литературе это заболевание встречается под разными названиями: эпидермолиз некротический полиморфный, синдром обожженной кожи, токсико-аллергический эпидермальный некролиз и т.п. Синдром Лайелла привлёк внимание врачей всех специальностей особой тяжестью течения и неблагоприятным прогнозом.

Синдром Лайелла – аллергическая реакция, обусловленная цитотоксическим IgM-зависимым типом гиперчувствительности. В качестве аллергена чаще всего выступают медикаменты сульфаниламидного ряда. Причинами развития также могут быть антибиотики, анальгин и аспирин, элениум аминазин, фенобарбитал вакцины и сыворотки. Смертность при синдроме Лайелла варьирует от 30 до 50 % (Belaich S., Degos R., 1975; Viard I. et al., 1998; Doval – Garcia L. et al., 2000).

В последнее время повысился рост аллергических заболеваний. Это объясняется тем, что люди стали больше применять лекарственные препараты и без назначения врача, ориентируясь на рекламные ролики.

По данным ФФРНЦЭМ в 2018 году число медикаментозных аллергий составляло 44 больных (70 % больных составляли женщины), то 2004 году составило 80 больных (из них 67 % женщины). В возрасте от 18 до 30 лет медикаментозная аллергия протекала в средне тяжелых формах. В возрасте выше 45 лет болезнь протекала более тяжелее с генерализованными высыпаниями, с дыхательной недостаточностью, с гипертермической реакцией. В 2004 году 2-е больных с синдромом Лайелла, которые, несмотря на проводимые мероприятия умерли, так как поступили в тяжёлом запущенном состоянии вследствие позднего обращения. В одном случае имело место ошибка врача невропатолога, который, несмотря на появившиеся высыпания рекомендовал продолжить принятие назначенного препарата (карбамазепин). А в другом, втором случае, имелось в анамнезе пищевая аллергия 10 летней давности. Больной, зная свой аллергический фон, бесконтрольно самовольно принимал лекарственные препараты и не соблюдал диету.

В 2005 году больных с лекарственной аллергией пролечено 61 (63 % женщин) из них 2 синдромом Лайелла. Оба выписаны с улучшением, так как своевременно обратились и госпитализированы в стационар. В одном случае больной применял женьшеневую мазь вокруг глаз, после чего общее состояние стало ухудшаться, появились обширные высыпания генерализованного характера. В другом случае аллергии на приём фторхинолонового антибиотика (абактала) привело к аналогичному результату. В обоих вариантах, была вовремя начата глюкокортикостероидная терапия (до 500 мг в сутки), т. е. На ранних этапах развития патологического процесса. Из собранного материала видно, что большой % больных составляет женщины возможно это объясняется тем, что женщины чаще подвержены к простудным заболеваниям и чаще чем мужчины употребляют лекарства. Также нам удалось выяснить, что от 18 до 45 лет заболевание протекает в среднее тяжелых формах, а выше 45 лет болезнь протекает тяжелее с явлениями дыхательной и сердечной недостаточностью, с генерализованными обширными высыпаниями. Анализируя все эти случаи причинами возникновения лекарственных аллергических реакций, являются антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, местные анестетики, противосудорожные препараты (карбамазепин).

В результате проведенной работы , следует рекомендовать первичным медицинским службам (амбулаторные , поликлинические и диспансерные) своевременное выявление характера аллергических реакций , рассчитанное и обоснованное применение препаратов вызывающих аллергические реакции , тщательный мониторинг алерго- зависимых состояний. При обнаружении аллергических патологических реакциях , немедленное обращение в медицинское учреждение.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКОЗА

Машарипова И.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лейкозы как онкогематологические заболевания составляют 3% от всех новообразований у взрослых и 36,6% у детей. История изучения этой сложной проблемы насчитывает более 160 лет. Впервые хронический миелолейкоз описал Р.Вихров в 1845 г. Значительный прогресс в исследованиях достигнут за последние 10-15 лет, стало известно огромное количество научных фактов, радикально изменивших фундаментальные представления об этих заболеваниях.

Присоединение к основным симптомам онкогематологических заболеваний неврологической симптоматики значительно усугубляет тяжесть состояния больных и влияет на исход. Рост заболеваемости лейкозами и увеличение количества его грозных осложнений, одним из которых является нейролейкоз, который представляет собой метастатическое поражение центральной и периферической нервной системы, ставит эту проблему в ряд наиболее актуальных в современной медицине.

На сегодня известно, что с увеличением продолжительности жизни больных лейкозами у них увеличивается частота поражения нервной системы, т.е. развития нейролейкоза . По данным литературы, из числа больных, проживших 1 год, нейролейкоз развивается у 26,8%, при этом если длительность жизни составляла от 3 до 5 лет, то частота нейролейкоза соответственно увеличивалась до 70,5 и 92,1%.

Лечение нейролейкемии сочетает интратекральные введение препаратов с облучением головы. Люмбальные пункции с введением лекарственных препаратов выполняют с коротким интервалом (обычно 1-2 дня). Все пункции проводятся на фоне индукционной химиотерапии. Число пункции зависит от того, насколько быстро достигнута санация спинномозговой жидкости. В перерыве между двумя курсами консолидации проводят облучение головы в дозе 2400 рад. Большое значение придается профилактике ОРЗ путем 5 интратекральных введений тех же препаратов 1 раз в 3 месяца на фоне поддерживающей терапии лейкоза.

Вывод. К настоящему времени накоплен достаточный опыт по применению комбинированной химиолучевой профилактики нейролейкоза у взрослых. Однако, несмотря на существенные достижения, ряд вопросов диагностики заболевания и их осложнений окончательно не решен.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

Машарипова Ш.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы: Инфаркт миокарда является важной медико-социальной проблемой, для решения которой необходимо совершенствование и внедрение эффективных и доказанных методов не только современного госпитального лечения, но и мер его первичной (борьба с факторами риска) и вторичной профилактики.

Целью данной работы является изучение эпидемиологии инфаркта миокарда (ИМ) в Хорезмской регионе, который можно отнести к типовому сельскохозяйственному, за период 2007-2017 гг. На основе данных регистра ИМ по Хорезмской регионе изучены заболеваемость, смертность от ИМ в зависимости отвозраста, пола, факторов риска за период с 2007 по 2017 г.

Материалы и методы исследования: При сравнении заболеваемости ИМ отдельно среди мужчин и женщин отчетливо видно, что как в городской, так и в сельской популяции заболеваемость среди мужчин достоверно выше, чем среди женщин. Однако сельские мужчины болеют ИМ значительно чаще, чем горожане мужского пола. Так, средняя частота развития ИМ за 9 лет у сельских мужчин составила $2,10 \pm 0,13$, а среди городских - $1,72 \pm 0,10$ ($p=0,048$), в то время как среди городских женщин заболеваемость ИМ существенно превышает таковую среди сельских (соответственно $1,00 \pm 0,04$ и $0,58 \pm 0,05$, $p=0,03$).

По данным Хорезмского регистра установлены основные непосредственные причины и условия развития ИМ. Так, в покое, без каких либо отягощающих факторов ИМ возник в 55,8% случаев, необычной физической нагрузки-в 11,63%, сильного нервного напряжения-в 4,27%, эмоциональной беседы-в 0,98%, во время сна-в 7,85%, вследствие злоупотребления алкоголем-в 0,84%, прочих причин-в 19,35%. За медицинской помощью до одного часа обратились 9,1% человек, от одного до 3 часов-30,1%, от 3 до 6-12%, от 6 до 12 - 11,3%, от 12 до 24 - 8,7% и более суток - 28,8%.

По данным Хорезмского регистра, курение предшествовало развитию ИМ в 58,30% случаев среди мужчин и в 34,27% среди женщин, АГ - соответственно в 31,83% и в 24,6% сахарный диабет – в 3,07%, 6,6%, стенокардия - в 31,45%, 19,94%. Приведенные данные еще раз убеждают в том, что плохая информированность пациентов о заболевании, отсутствие адекватных профилактических мероприятий со стороны медицинских работников играют важную роль в развитии заболевания и его профилактике.

Общая летальность от ИМ за период с 2007 по 2017 г. составила в среднем $13,75 \pm 2,16\%$ ($7,71 \pm 1,42\%$ среди мужчины $6,04 \pm 2,06\%$ среди женщин). При этом основными непосредственными причинами летальности были острая и хроническая сердечная недостаточность (53,9%), кардиогенный шок (8,9%), вторичная фибрилляция желудочков (20,0%), первичная фибрилляция (8,53%), тромбоэмболические осложнения (2,53%), разрывы миокарда (6,11%). Летальность - показатель, зависящий от многих фактов и прежде всего от индивидуального статуса больных (возраст, тяжесть ИМ, наличие сопутствующих заболеваний, время обращения за медицинской помощью и время госпитализации). Более независимый показатель - смертность от ИМ. При сравнении показателей смертности в одинаковых по возрасту и полу группах между городским и сельским населением установлено, что в возрасте 41-50 лет смертность среди городских мужчин составляла $3,5 \pm 1,08$, в сельской местности- $55,3 \pm 7,17$, от 51 до 60 – соответственно $69,03 \pm 11,20$ и $97,7 \pm 10,64$, от 61 до 70 лет - $97,05 \pm 10,57$ и $214,3 \pm 14,62$ и старше 70 лет- $294,4 \pm 23,00$ и $164,98 \pm 17,10$.

Выводы: Заболеваемость ИМ, оцененная по данным регистра, увеличилась на 11% за период 2007-2017 гг. как в городской, так и в сельской популяции. Среди факторов, провоцирующих развитие ИМ, наиболее значимы курение, АГ, стенокардия, сахарный диабет.

РОЛЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ В ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Машарипова Ю.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы: Патогенетические факторы, вызывающие формирование ХП, до конца не изучены. Одним из важных механизмов, способствующих развитию данной

патологии, является оксидативный стресс (1,2). Наличие окисляемого жира в поджелудочной железе (ПЖ) достаточно, чтобы явиться триггером каскада перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Цель исследования. Оценить роль провоспалительных цитокинов у больных ХП.

Материал и методы исследования. Обследовали 40 больных ХП в возрасте от 29 до 65 лет (средний 45 ± 18 лет), из них мужчин 12, женщин 28, находящихся в клинике. Длительность заболевания составила 13 ± 6 лет. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольцев - 8 мужчин и 17 женщин (средний возраст 38 ± 15 лет). Концентрацию цитокинов в сыворотке крови ИЛ-2, ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом. Для статистической обработки полученных данных использовали критерий Стьюдента и корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты исследования. У 30 (75%) больных ХП имелась избыточная масса тела (ИМТ= $37,3 \pm 4,1$ кг/м). Инсулиннезависимый сахарный диабет установлен у 14 (35%) пациентов. Астенический синдром выявлен у 10 (25%), синдром желудочной диспепсии - у 6 (15%) больных. По данным объективного осмотра увеличение размера ПЖ обнаружено у 32 (80%), селезенки у 3 (7%) обследованных. Гипербилирубинемия выявлена у 17 (41%), активность липазы и γ -ГТ и щелочной фосфатазы оказалась значительно повышенной (в норме до 5) у 24 (62%) пациентов. Активность сывороточных трансаминаз - АЛТ, АСТ - была значительно повышенной у 20 (50%), незначительно повышенной (в 1,5 - 3 нормы) - у 14 (35%) и умеренно повышенной (в 3-5 норм) - у 6 (15%) больных. Белково-синтетическая функция печени снижена у 21 (51%) больного. При изучении цитокинов сыворотки крови (табл.1), выявлено достоверное увеличение содержания у 26 (65%) и у 33 (82%) пациентов соответственно по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$ и $p < 0,001$). У 17 (42%) больных концентрация ИЛ-2 и ИЛ-6 была резко повышена ($p < 0,001$), у 23 (58%) – умеренное повышение ($p < 0,01$).

При сопоставлении с биохимическими данными установлена достоверная прямая связь: уровня ИЛ-2 и ИЛ-6, с одной стороны, и концентрации цитолитических ферментов ПЖ с другой ($p < 0,01$); количества и уровня липазы, ($p < 0,01$); концентрации и уровня γ -ГТ и щелочной фосфатазы ($p < 0,01$) (табл.2). А также выявлена достоверная зависимость между уровнем цитокинов ИЛ-2, ИЛ-6 сыворотки крови и стадией опухолевого поражения ПЖ.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПРЕПАРАТОМИ КАЛЬЦИЯ

Мирзаева Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель и задачи исследования: Изучение влияния комплексной терапии с применением препаратов кальция на тяжесть течения заболевания и показатели функционального состояния суставов больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследованы 52 больных (44-женщин, 84%, 12 мужчин, 16%) в возрасте 20-50 лет (в среднем – $35,1 \pm 1,4$ лет) с продолжительностью заболевания – от 3 до 10 лет (в среднем – $4,9 \pm 0,6$ лет). Все больные в зависимости от методов ранее проведенного лечения были разделены на 2 группы: первой группе больных (30 пациентов) ранее не было назначено препараты кальция (или были назначены не регулярно). Вторая группа пациентов (22 больных) получали препараты кальция (витамин Д3-кальцимед, кальцикес, форкал) регулярно в течение 2-5 лет. Лечение обеих групп больных было проведено на фоне нестероидных противовоспалительных и базисных препаратов. По длительности заболевания ($4,8 \pm 0,2$ и $5,4 \pm 0,4$ лет) и возрасту ($32,4 \pm 4,3$ и $37,4 \pm 3,6$ лет) обе группы были статистически сопоставимы.

Полученные результаты. Показатели общего самочувствия, болевой индекс (по визуальной аналоговой шкале ВАШ) в первой и второй группе больных составил $72,6 \pm 5,6$;

66,5±5,6 и 48,2±3,5; 44,3±4,4 мм, показатель теста П.Ли - 35,2±2,8 и 28,3±2,1, продолжительность утренней скованности в суставах - 96,6 ±7,2 и 78,4± 6,4 мин ($p < 0.05$). В первой группе у 6 (20,0%) больных была установлена низкая, у 16 (53,3%) - средняя, у 8 (26,6%) - высокая степень активности воспалительного процесса. Во второй группе низкая, средняя и высокая активность заболевания была выделена соответственно - у 10 (45,4%), 9 (40,9%) и 3 (13,6%) больных. По выраженности рентгенологических признаков в первой группе II, III и IV рентгенологическая стадия заболевания выявлена соответственно - у 9 (30%), 8 (26,%) и 10 (33,3%), во второй - у 7 (31,8%), 2 (9,0%) и 2 (9,0%) больных. У 3 больных (21%) первой и у 11 (42%) - второй группы функциональное состояние суставов (НФС) не были нарушены (НФС 0). НФС I, II и III степени в первой группе было установлено у 2 (14%), 5 (36%) и 4 (29%), во второй - у 7 (27%), 5 (19%) и 3 (12%) пациентов. Из лабораторных показателей СОЭ в первой группе в среднем составил 33,3±2,1 мм/ч, что в 1,4 раза превышал средний показатель пациентов второй группы (24,2±1,6 мм/с).

Выводы. Таким образом, применение препаратов кальция при РА способствует улучшению показателей качества жизни т.е. показателей суставного синдрома, в некоторой степени стабилизации течения заболевания, профилактике анкилозов и костных деформаций.

ДИАГНОСТИКУМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

Назарова М.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Вступление. В настоящее время рациональная диагностика железодефицитного состояния, в первую очередь, пре- и латентного дефицита железа в организме строится на использовании высокотехнологичных методов анализа-иммуноферментных методов анализа ферритина сыворотки и растворимых трансферриновых рецепторов в сыворотке крови. Содержание данных феррокинетических маркеров прямо коррелирует с общим запасным фондом железа в организме, уменьшение которого служит прямым указанием на развитие пре- и латентного дефицита железа в организме. В то же время сами эти методы, учитывая необходимость использования специального оборудования для проведения всех стадий иммуноферментного анализа, а также детекции конечного результата, маловостребованы в скрининг диагностике железодефицитных состояний.

Цель исследования-разработать доступный для использования в диагностической службе

практического здравоохранения диагностикум для раннего выявления железодефицитных состояний.

Материалы и методы исследования. Донорская плазма, методы ионообменной и гельпроникающей хроматографии, методы электрофореза, иммунологические методы.

Результаты и обсуждение. Разработан диагностикум для выявления железодефицитного состояния, основанный на количественном анализе в пробе сыворотки (2 мкл) крови железотранспортного белка-трансферрина, который является информативным маркером состояния обмена железа в организме. Принцип метода основан на выявлении количества трансферрина в пробе сыворотки с использованием моноспецифической иммунной кроличьей сыворотки против донорского трансферрина. Очищенный донорский трансферрин был получен из донорской плазмы комбинацией методов ионообменной хроматографии и гелилтрации, соответственно на ДЭАЭ-сефадексе и сефадексе Г-200. Гомогенность и подлинность полученного донорского трансферрина тестировалась методами электрофореза в акриламидном геле и методами спектроскопии в сравнении с коммерческим препаратом белка. Полученный донорский

трансферрин был использован в технологической схеме иммунизации кроликов-продуцентов моноспецифических иммунных сывороток. При этом для усиления иммунного ответа у кроликов-продуцентов донорский трансферрин животным вводили вместе с препаратом иммуномодулин, что позволяет повысить титражность получаемых иммунных сывороток, а в конечном итоге объем рабочей иммунной сыворотки-основной субстанции тест-диагностикума. Разработанный тест-диагностикум представляет собой сухую лиофилизированную иммунную кроличью сыворотку против донорского трансферрина с титром антител 1:16-1:32 и навеску сухого донорского трансферрина для приготовления калибровочных растворов белка. Диагностикум рассчитан на проведение 45 анализов и может использоваться в варианте радиальной иммунодиффузии, иммунного ракетного электрофореза или нефелометрии.

Выводы. Разработан диагностикум для выявления железодефицитного состояния для использования в целях скрининга дефицита железа в сети первичного звена здравоохранения.

МЕТИЛУРАЦИЛ, ГЛИЦИРАМ ВА БЕНЗКЕТАЗОН: ТАЖРИБАВИЙ ЯРА КАСАЛЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Омонова Г.С., Аллаберганов М.Ю., Каримова Д.Ш.,
Бекчанова Ю.Х., Ахмедова Н.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Экспериментал фармакологияда меъда яраси деворидаги трофик жараёнларни издан чиқаришга эришиш учун каламушларга жароҳат етказиб чақирилган меъда яралари ишонарли натижалар бериши бизга маълум.

Адашган нерв толаларини кесиб қўйиш ёки уларни фармакологик воситалар ёрдамида блокада қилиш натижасида меъдада яралар пайдо бўлишининг олдини олиш мумкинлигини билган ҳолда, тажрибада ўрганилаётган препаратларнинг меъда яралари кечишига бўлган самараси таққосланди.

Биз эксперимент ўтказишимизда оқ каламушлардан фойдаландик. Улар меъдасида яра чақирилди.

Шундан кейин назорат гуруҳи каламушлари барчасининг меъдасида тўлиқ кўп сонли яралар пайдо бўлганлиги аниқланди, улар асосан меъданинг антрал қисмида жойлашганлиги ва кенг сатҳга эга бўлган эрозиялар кўринишида эканлиги кузатилди. Меъда кўздан кечирилганда, унинг шиллиқ қаватида шиш ҳосил бўлганлиги, бурмалари билинар-билинемас эканлиги ва майда-майда қонталашлар борлиги қайд этилди.

Ўрганилаётган метилурацил, глицирам, бензкетозон препаратлари меъданинг макроскопик кўринишида бир мунча ўзгача тус олди: шиллиқ қаватдаги шишлар пасайган, яралар сони камайиб, шикастланишлар умумий майдони торайган, қонталашлар нисбатан камроқ миқдорда кузатилди.

Бензкетозон 50 ва 75 мг/кг дозаларда меъдасида яра ҳосил бўлган каламушлар сонини назорат гуруҳи каламушларига нисбатан тегишлича 30 ва 40 % га статистик жиҳатдан ишонарли даражада пасайтирди. Худди шунингдек, яраланиш даражасини ҳам назорат гуруҳи каламушлари кўрсаткичларига нисбатан мос тарзда 52 ва 77 % га камайтирди.

Глицирам таъсирида ҳам меъдасида яра пайдо бўлган каламушлар сони метилурацилдаги сингари 70 % ни ташкил қилган бўлишига қарамадан, яра- ланиш даражаси 1,2 ташкил қилди ва ушбу кўрсаткич назорат гуруҳига нис- батан 75 % га паст демакдир.

Метилурацил таъсирида меъдасида яра пайдо бўлган каламушлар сони 30 % га камайиб, 70 % ни ташкил қилди, яраланиш даражаси 2,6 ни ташкил қилган ҳолда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан 46 % га пасайди.

Маълумотларни ўзаро таққослаш натижасида бенкетозон ушбу сериядаги тажрибаларда ҳам тегишли дозаларда ишлатилганда ўзининг ярага қарши фаоллиги бўйича глицирам ва метилурацилдан устун эканлиги намоён бўлди.

СТРУКТУРНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ С677Т В ГЕНЕ 5,10-МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ражабова Н.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель. Своевременное изучение механизмов возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Исследование проведено в РСНПМЦ гематологии МЗРУз. Материалом для исследования послужили образцы ДНК популяционной выборки жителей, проживающих в Ташкентской области. В исследование было вовлечено 175 больных ИБС, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении РНЦЭМП. Группу сравнения составили 105 практически здоровых добровольцев. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование.

Результаты исследования. Установлено, что у 50 здоровых людей и 83 людей, страдающих ИБС, уровень ГЦ был в пределах нормальных значений и в среднем составил $12,0 \pm 1,9$ и $12,2 \pm 5,0$ мкмоль/л соответственно. Нормальными значениями ГЦ считают его содержание в плазме крови в диапазоне от 5 до 15 мкмоль/л. ГГЦ ($16,1 \pm 0,11$ мкмоль/л) наблюдалась у 41,2% пациентов ИБС, у лиц контрольной группы ГГЦ не выявлено. Однако в среднем в группе пациентов, страдающих ИБС, средний уровень ГЦ достоверно не отличался от этого показателя контрольной группы. Представляет интерес оценка возможной роли полиморфных аллелей генов 5,10-MTHFR и MTR в развитии ИБС. Нами проведено исследование структурного полиморфизма этих генов, оперирующих в метаболизме ГЦ. С677Т полиморфизм гена MTHFR был определен у всех больных ИБС и мужчин контрольной группы. Встречаемости С и Т аллелей гена MTHFR у 48,4 % больных ИБС и у 35,2 % лиц контрольной группы и аллелей А и G у 57,7% больных ИБС и у 54,2% здоровых людей достоверно не отличалась. А также выявлено, что в группе пациентов, страдающих ИБС, ни разу не встретились три сочетания генотипов: ТТ – АА, СС – GG и СТ – GG. В то же время более частым (чем при независимости генов) оказалось сочетание СТ – АА. ГЦ имеет самостоятельно значение как ФР развития ишемической болезни сердца, уровень которого находится под генетическим контролем.

Заключения. Своевременное выявление факторов риска развития атеросклероза и тромбоза коронарных артерий, оценка значимости их влияния на течение заболевания открывают реальные пути улучшения сложившейся ситуации. требуют дальнейшего изучения, в том числе и в группе лиц, страдающих ИБС, но не имеющих факторов, ассоциированных с развитием ИБС, в том числе и ГГЦ. Кроме того, требуется проведение длительных популяционных исследований для определения места ГГЦ в патогенезе ССЗ.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У КРЫС С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

Рахманов А.Х., Аллаева М.Ж., Хакимова Д.З.

Ташкентская медицинская академия

Ревматоидный артрит (РА) относится к аутоиммунным заболеваниям, характеризующимися структурным разрушением хряща, костей и связок. При этом считается, что основными медиаторами формирования РА является провоспалительные

цитокины, такие как IL-1 и ФНО- α . До настоящего времени не найдены эффективные терапевтические средства. Аналогичной хроническому аутоиммунному воспалению суставов человека по клиническому течению является экспериментальная модель РА у крыс. Данная модель характеризуется устойчивыми проявлениями полиартрита, резорбции кости и усилением процесса пролиферации периостальной зоны. Изучение эффективности сухого экстракта лекарственных растений (СЭЛР) при РА оставалось не достаточным, что послужило основанием проведения настоящего экспериментального исследования.

Результаты проведенных экспериментов показали, что инъекция адьюванта Фрейнда (АФ) провоцировала у крыс выраженный воспалительный процесс. Максимальное увеличение объема лапки наблюдали на 3-и сутки после введения АФ и оно оставалось неизменным до конца эксперимента. О наличии у животных хронического воспалительного процесса, как известно, свидетельствуют соответствующие изменения гематологических показателей. И действительно, у опытных крыс отмечался выраженный лейкоцитоз с преобладанием абсолютного содержания лимфоцитов на 93,0%, смеси макрофагов, эозинофилов и базофилов на 54,0%. Характерно, что количество гранулоцитов при этом не претерпело существенных изменений. Однако абсолютное количество тромбоцитов повышалось на 30,0%. Видно, что при РА иммунная система претерпевает значительные изменения, на что указывает лимфоцитоз. В отличие от этого у животных, превентивно получавших СЭЛР, количество лейкоцитов уменьшалось, особенно в дозе 100 мг/кг по сравнению с интактными животными. Характерно, что у опытных крыс, в отличие от нелеченых животных, устранение лейкоцитоза и лимфоцитоза сопровождалось снижением абсолютного числа тромбоцитов и тромбокрита. Если учесть, что лейкоцитоз, а при аутоиммунных заболеваниях и лимфоцитоз, являются объективными показателями воспалительного процесса, то полученные результаты указывают на высокую эффективность исследуемого препарата в лечении РА.

ROLE OF CYTOKINES IN A PATHOGENY OF AUTOIMMUNE HEMOLITIC ANEMIA

Rakhmanova U.U.

Tashkent medical academy

Normal destruction of erythrocytes macrophages of RES, mainly in marrow, a spleen and a liver, happens approximately in 120 days of their existence. The termination of life of erythrocytes is connected with gradual irreplaceable disturbance of the intracellular metabolism connected with the termination of functioning of fermental systems though exact mechanisms still remain not clear. Cytokines (mediators, factors of cellular interaction) - substances of the proteinaceous nature.

Are produced by various types of cells of an organism and are a peculiar language of communication of cells with each other. Biological, physical and chemical irritants can be stimulators of formation of cytokines. Effects of cytokines it is not specific (Shapiro I.Ya. Frolov A.I.)

Control and regulation of a hemogenesis is carried out by a set of cytokines which are capable to activate hemopoietic cells (to induce their transition from a phase of a cellular cycle), to regulate orientation of their differentiation in various sprouts of a hemopoiesis, to stimulate proliferation and maturing and also to suppress excessive production of separate cellular types. Cytokines have a regulatory impact both on stem hemopoietic cells, and on their mature descendants, defining their functional activity.

AIHA pathogeny to a course of a disease passes in two stages:

1. Under the influence of adverse factors or as a result of vegetative mutation of a single immunocyte the antigenic structure of erythrocytes changes.

2. Direct interaction between the developed antibodies which is the cornerstone of forming of immunological process with hemolysis development (free hemoglobin is not limited to a cellular membrane any more) and anemias (the destroyed red blood little bodies - any more not erythrocytes, exactly. as well as released hemoglobin)

Autoimmune hemolytic anemia – the pathology which is characterized by serious failure in work of the immune system. Own antibodies destroy erythrocytes, including them alien substances. Collapsing in cells, erythrocytes stop performing the main function – to transfer oxygen. Oncological diseases, viral infections, autoimmune frustration, side effects of drugs belong to the causes of autoimmune hemolytic anemia. Autoimmune hemolytic anemia at children can be caused by Rh incompatibility of mother and a fruit.

ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПОРОЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ С КАЛЬЦИЙ ДЗ НИКОМЕДОМ

Рузибаев Р.Ю., Оллаберганов М.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Остеопороз (ОП) – это заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности кости и качества кости (архитектоника, обмен, накопление повреждений, минерализация) [NIH Consensus Development Conference on Osteoporosis: Prevention, Diagnosis and Therapy // JAMA. – 2000. – № 287. – P. 785–795]. **Наиболее часто остеопороз проявляется компрессионными переломами позвонков, переломами дистального отдела предплечья (перелом Коллеса), проксимального отдела бедренной кости и проксимального отдела плечевой кости.**

Остеопения - умеренное снижение минеральной плотности костной ткани (МПК).

Минеральный состав кости и костный матрикс состоит из следующих элементов. Костный матрикс — межклеточное вещество костной ткани с высокой концентрацией солей кальция. Выделяют неорганический (минеральный) и органический компоненты матрикса.

Строение костной ткани можно сравнить с усиленным цементом, где коллаген (подобно арматуре) обеспечивает устойчивость на сгибание, а минералы (подобно цементу) — устойчивость к сдавливанию. Нарушение количества, качества и баланса между этими компонентами приводит к снижению прочности кости и повышает риск переломов [Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D. А.В. Древаль. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 19 с.].

Остеопороз – одно из древнейших заболеваний человечества. В археологических раскопках находят кости с явными остеопоротическими изменениями, возраст останков – 2500-2000 лет до нашей эры. Но только в XIX в. проблему потери плотности костной ткани стали изучать в медицине, а в 20-х годах XX в. клиника остеопороза была описана и внесена в учебные пособия.

В 1824 г. английский хирург Э. Купер впервые опубликовал статью, призванную обратить внимание на тот факт, что у пожилых людей ломкость костей – чрезмерная. Материал вызвал интерес среди ученых, начались исследования, и в конце 70-х годов XIX в. группа врачей во главе с Ж.-М. Шарко представила миру подробное описание процесса разрыхления структуры костной ткани.

В 1900 г. немецкий хирург Зудек заметил, что при воспалительных заболеваниях костей и суставов на снимке обнаруживается повышенная прозрачность костного рисунка и назвал это костной атрофией.

В 1941 г. американский эндокринолог Ф. Олбрайт описал постменопаузальный остеопороз, а в 1947 г. выдвинул теорию, что заболевание также может быть следствием недостаточности местного белкового обмена в тканях.

В 1968 г. швейцарский ученый Г.Флейш испытал пирофосфат в биологических жидкостях. Впоследствии в этой молекуле заменили атом фосфора на атом углерода, создав бисфосфонат – самое эффективное средство для лечения остеопороза. Первый одобренный препарат (алендронат) появился в 1995 г. [Статистика по заболеванию остеопорозом [Электронный ресурс] - 2015. - Режим доступа: <http://xn--d1acalbwwfjufmd5o.xn--p1ai/statistika-po-osteoporozu>. - Дата доступа: 07.09.2019. <http://денситометрия.рф/statistika-po-osteoporozu>].

Последствия развившегося ОП страшны: это компрессионные переломы позвонков, приводящие к уменьшению роста и выраженному болевому синдрому.

Другое, не менее грозное осложнение ОП, приводящее к глубокой инвалидизации и смерти в 50% случаев в 1-й год, а также к огромным социальным и экономическим потерям во всех странах мира – перелом шейки бедра. Так, в Европе количество инвалидизаций в результате осложнений ОП больше, чем при онкологических заболеваниях (исключение составляет рак легкого), и сравнимо с таковым при гипертонической болезни, бронхиальной астме и ревматоидном артрите [Kanis J.A., Borgstrom F., Zethraeus N. et al. Intervention htres-olds for osteoporosis in the UK. – Bone, 2005. 36; 22].

Для профилактики ОП предложены следующие меры: достижение максимальной пиковой массы кости в период формирования скелета, профилактика возрастного снижения МПК, устранение вторичных причин потери плотности, профилактика переломов. Существенная роль при этом отводится здоровому образу жизни, полноценному питанию, отказу от вредных привычек. При необходимости рекомендуется и фармакологическое вмешательство [Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации. Под ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.].

Традиционно считается, что адекватное потребление кальция и витамина D – важная часть профилактики и лечения ОП, так как кальций способствует поддержанию достаточной плотности костной ткани и снижению риска переломов, а витамин D необходим для его лучшего всасывания и поддержания нормального костного метаболизма. Норма потребления кальция в различные периоды жизни человека зависит от того, для каких целей он требуется: в детстве и юности – для достижения пика костной массы, в среднем и пожилом возрасте – для сохранения плотности костной массы и минимализации костных потерь. В настоящее время в разных странах разработаны рекомендации по потреблению кальция (в пересчете на элементарный), например, для женщин в постменопаузе этот уровень составляет 1–1,5 г в сутки.

Кальций (в ионизированной форме и в виде комплексов) играет ключевую роль в ряде функций организма: делении и дифференцировке клеток, проведении нервных импульсов, сокращении – расслаблении гладкой и поперечно - полосатой мускулатуры, трансмембранных ионных реакциях с участием селективных кальциевых каналов, процессе свертывания крови, выработке и действии гормонов, ферментов и других биологически активных веществ. Участие кальция в столь разнообразных процессах объясняется его универсальной функцией – он осуществляет передачу и реализацию биологического сигнала в клетках разных типов. Скелет содержит до 99% всего имеющегося в организме кальция и представляет собой депо этого элемента в организме.

С точки зрения рационального питания немаловажное значение имеет информация о всасывании кальция в кишечнике и его дальнейшей судьбе в организме. Основным регулятором активной абсорбции кальция в организме является активный метаболит витамина D – кальцитриол. В физиологических условиях уровень кишечной абсорбции кальция не превышает 20–30%, применение витамина D увеличивает ее до 60–80%. Поступивший после всасывания в кровь кальций распределяется по системам и органам, прежде всего он поступает в кости, где участвует в процессе минерализации, а также в почки.

Недостаток витамина D может привести к вторичному гиперпаратиреозу, который способствует усилению костного обмена, что влечет за собой повышение костных потерь. Подтверждена статистически достоверная обратная корреляция между уровнем 25(OH)D и уровнем паратгормона ($r=-0,27$, $p=0,013$). Длительное применение препаратов кальция и витамина D3 является эффективным и безопасным методом профилактики ОП. Так, Кальций-Д3 Никомед повышает МПК позвоночника и снижает потери ее в шейке бедра, уменьшает болевой синдром в позвоночнике. Кальций-Д3 Никомед хорошо переносится и не повышает риск камнеобразования в почках. Выполнение физических упражнений приводит к увеличению физической активности и уменьшению степени ограничения движений в повседневной жизни, а также к усилению влияния препаратов кальция на МПК. Таким образом, анализ исследований последних лет, посвященных изучению клинической эффективности комбинированного назначения препаратов кальция и витамина D, показал, что они должны применяться при недостаточном поступлении в организм кальция и витамина D. Для профилактики ОП необходим расчет потребления кальция с пищей, а в случае обнаружения его дефицита – диета, предусматривающая увеличение потребления этого минерала. При наличии остеопении и при невозможности изменить диету показано профилактическое назначение лекарственных препаратов, содержащих кальций и витамин D. При нормальных исходных показателях кальция в крови комбинированный прием кальция и витамина D длительное время будет безопасным [Н.В. Торопцова, О.А. Никитинская, Л.И. Беневоленская. Новый взгляд на профилактику остеопороза: фокус на Кальций-Д3 Никомед. Современная ревматология №1'07].

ПОКАЗАТЕЛИ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

Салаева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Процессы обмена железа в подростковый период характеризуются тем, что протекают они в условиях ферростресса, являющегося следствием развивающегося дисбаланса в обмене этого микроэлемента, обусловленного с одной стороны резко возрастающими потребностями в пищевом железе, а с другой стороны маргинальным содержанием железа в продуктах и в используемых диетах. Следовательно, сохранение гемоглобинового здоровья на физиологическом уровне требует осуществления постоянного мониторинга статуса железа организма подростков для своевременного выявления патологических изменений в этом статусе. Основой такого мониторинга является система выведенных нормативных показателей статуса железа, а также их референтных интервалов, на основе обследования подростков с нормальным гемоглобиновым здоровьем.

Материалы и методы исследований. Обследовано 80 подростков обоего пола с нормальными показателями гемоглобина в соответствии с нормативами ВОЗ. Анализировали также такие информативные показатели статуса железа организма-показатель функционального трехвалентного трансферринового железа, содержание общего иммунореактивного пула трансферрина с расчетом насыщения его железом и процентное содержание в общем пуле трансферрина трансферринов с разным насыщением их железом.

Результаты и обсуждение. У обследованных подростков-мальчиков средний уровень трансферринового железа составил 20.6 ± 0.45 мкмоль/л при референтном интервале 18.5 мкмоль/л (min)- 23.6 мкмоль/л (max), у подростков-девочек- 17.8 ± 0.62 мкмоль/л при референтном интервале- 14.3 мкмоль/л (min)- 22.4 мкмоль/л (max). Общий пул иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков по нашим данным составлял 3.15 ± 0.02 г/л при референтном интервале- 2.95 г/л (min)- 3.35 г/л (max), у обследованных подростков-девочек- 3.24 ± 0.02 г/л при референтном интервале-

3.10 г/л (min)-3.32 г/л (max). Насыщение общего пула иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков в среднем составляет- 26.1±0.5% при референтном интервале- 24.1%(min) -30.5% (max), у обследованных подростков-девочек- 22.0±0.6% при референтном интервале-19.5% (min)- 30.0% (max). Дифференциальный анализ трансферринов, различающихся степенью насыщения железом, позволил установить, что в общем пуле иммунореактивного трансферрина и у обследованных подростков-мальчиков и девочек преобладает полностью насыщенный железом трансферрин-хототрансферрин, составляющий в процентном отношении 58% и 50% от общего пула изотрансферринов соответственно.

Выводы. Выведенные показатели статуса железа организма подростков могут быть использованы в системе мониторинга процессов обмена железа для своевременного выявления риска развития железодефицитного состояния у них.

КОНСТРУИРОВАНИЕ ИНФОРМАТИВНОГО ДИАГНОСТИКУМА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

Салаева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В настоящее время рациональная диагностика железодефицитного состояния, в первую очередь, пре- и латентного дефицита железа в организме строится на использовании высокотехнологичных методов анализа-иммуноферментных методов анализа ферритина сыворотки и растворимых трансферриновых рецепторов в сыворотке крови. Содержание данных феррокинетических маркеров прямо коррелирует с общим запасным фондом железа в организме, уменьшение которого служит прямым указанием на развитие пре- и латентного дефицита железа в организме. Однако, сами эти методы, учитывая необходимость использования специального оборудования для проведения всех стадий иммуноферментного анализа, а также детекции конечного результата, маловостребованы в скрининг диагностике железодефицитных состояний.

Цель работы - разработать для нужд клинико-диагностических лабораторий первичного звена здравоохранения информативный и эффективный диагностикум для раннего выявления железодефицитного состояния.

Материалы и методы исследования. В работе использовали выделенный из донорской плазмы методами физико-химической биологии железосвязывающий белок трансферрин, являющийся информативным маркером состояния запасного фонда железа в организме, а также полученные к нему высокотитражные кроличьи иммунные сыворотки.

Результаты и обсуждение. Разработан диагностикум для выявления железодефицитного состояния, основанный на количественном анализе в пробе сыворотки (2 мкл) крови железотранспортного белка-трансферрина, который является информативным маркером состояния обмена железа в организме. Принцип метода основан на выявлении количества трансферрина в пробе сыворотки с использованием моноспецифической иммунной кроличьей сыворотки против донорского трансферрина. Очищенный донорский трансферрин был получен из донорской плазмы комбинацией методов ионообменной хроматографии и гельфильтрации, соответственно на ДЭАЭ-сефадексе А-50 и сефадексе G-200. Гомогенность и подлинность полученного донорского трансферрина тестировалась методами электрофореза в акриламидном геле и иммуноэлектрофореза в сравнении с коммерческим препаратом белка и коммерческой антисывороткой против трансферрина человека (Behringwerke, Германия). Полученный донорский трансферрин был использован в технологической схеме иммунизации кроликов-продуцентов моноспецифических иммунных сывороток. При этом для усиления иммунного ответа у кроликов-продуцентов донорский трансферрин животным вводили вместе с препаратом иммуномодулин, что позволяет повысить титражность получаемых иммунных сывороток, а в конечном итоге объем рабочей иммунной сыворотки-основной

субстанции диагностикума. Разработанный диагностикум представляет собой сухую лиофилизированную иммунную кроличью сыворотку против донорского трансферрина с титром антител 1:16-1:32 и навеску сухого донорского трансферрина для приготовления калибровочных растворов белка. Диагностикум рассчитан на проведение 45 анализов и может использоваться в варианте радиальной иммунодиффузии, иммунного ракетного электрофореза или нефелометрии.

Выводы. Разработан диагностикум для выявления железодефицитного состояния для использования в целях скрининга дефицита железа в клинико-диагностических лабораториях сети первичного звена здравоохранения.

КЎКЙЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБАРАТОР ТАХЛИЛЛАР

Султонов Р.К., Шодиева Н.Д., Юсупов С.К.
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Муаммони долзарблиги: Ҳозирги давргача кўкйўтал касаллиги жахон соғъликни саклаш хамжамиятининг олдидаги жиддий муаммолардан биридир.Дунё соғъликни саклаш ташкилоти маълумотиға кўра 2014 йилда дунёда 14.5 миллион болаларда кўкйўтал кузатилган.

Сўнги маълумотларга караганда давомли кучли йўтали бор бўлган шахсларда серологик текширув ўтказилганда уларни 20-26%ида кўкйўтал инфекцияси аниқланган.

Асосан 1 ёшгача бўлган болаларда кўкйўталга қарши эмлаш тўлик тугалламаганлиги сабабли ,кўкйўтал билан касаллаган болаларда Бронх-ўпка асоратлари кузатилмоқда,уларга алоҳида терапевтик ёндошиш талаб этилади.Акс холда ушбу энгил шаклда кечаётган кўкйўтал болалар атрофдагилар учун инфекция манбайи бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади:Кўкйўтал билан касаллаган бемор болаларда қон тахлилидаги ўзгаришларни солиштирма тахлилини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари:Кузатув материаллари Сурхандарё вилояти юкумли касалликлари шифохонаси хаво-томчи инфекциялари бўлимида 2017-2019 йил давомида йиғилди.Кузатувга 50 нафар 3 ёшгача бўлган бемор болалар олинди.Кўйилган мақсадга мувофиқ бемор болалар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди.

0-6 ойгача бўлган болалар 12 нафар(24%),6-12 ойгача бўлган болалар 20 нафар(40%), 1-3 ёшгача бўлган болалар 18 нафар(36%)ни ташкил қилди.Бемор болаларда клиник -эпидемиологик, бактериологик,лаборатор ва инструментал(кўкрак кафаси рентгенографияси)текширув ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш:Текширувга олинган бемор болаларда лаборатор ва инструментал(кўкрак кафаси рентгенографияси)текширув тахлилларида АКДС эмлашини олмаган бемор болаларда ,емлашни олган бемор болаларга караганда қон тахлилида лимфоситоз,лейкоситоз юқорилиги,инструментал(кўкрак кафаси рентгенографияси)текширувда бронхит, бронхопневмонияни учраши юқорилиги аниқланди. Айниқса 6-12 ойлик эмлаш олмаган бемор болаларда бу қурсатқичлар юқорилиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, емлаш олмаган 6-12ойлик бемор болаларда бошқа гуруҳ бемор болаларга нисбатан қон тахлилида лейкоцитоз, лимфоситоз, инструментал (кўкрак кафаси рентгенографияси) текширувда бронхит, бронхопневмонияни ўчраши 2-марта юқорилиги аниқланди.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Файзуллаев Б.Р., Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В последнее время стратегия диагностики ИМ претерпела ряд изменений в связи с развитием современных технологий и появлением новых высокочувствительных и высокоспецифичных биомаркеров некроза миокарда – сердечных тропонинов Т и I. Появились новые тропониновые тесты (hs-cTn- high sensitivity – высокочувствительные), позволяющие выявлять очень низкие концентрации тропонинов. Традиционно диагностика ИМ требует длительного мониторинга уровней тропонинов и других маркеров миокардиального некроза (от 6 до 12 часов). Задержка в постановке диагноза может привести к повышению летальности, а запоздалое исключение диагноза ИМ – к переполнению отделений неотложной терапии, неоправданному повышению затрат. По общему мнению кардиологов, период времени, требуемый для получения ответа из лаборатории об уровне сердечных биомаркеров, не должен превышать 60 минут.

Высокочувствительные тропониновые тесты (hs-cTn) позволяют определять очень низкие концентрации тропонинов, начинающиеся от 1,0 нг/л (0,001 нг/мл) и находящиеся ниже значения, соответствующего 99-й перцентили. В результате значительное количество пациентов, у которых на основании обычных тестов прежде диагностировалась нестабильная стенокардия, с помощью hs-cTn были отнесены к группе не-Q-ИМ. В настоящее время в практическом здравоохранении все шире используются системы количественного приборного иммунофлуоресцентного и иммунохемилюминесцентного анализов. Эти системы также могут «работать» на цельной крови, время анализа составляет 15-20 минут. Описанные системы дают возможность проводить диагностику непосредственно в отделении, у постели больного. Широкое применение этих методов экспресс-диагностики кардиомаркеров позволяет значительно повысить эффективность лечения ИМ и снизить смертность. Экспресс-тесты важно применять во всех лечебно-профилактических учреждениях уже на раннем госпитальном, а при наличии возможности – и на догоспитальном (поликлиническом или службой СНМП) этапах, а не только в отделениях стационаров. Данная диагностика может быть проведена непосредственно в месте оказания помощи пациенту.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ЦЕФОТАКСИМНИНГ АНТИБАКТЕРИАЛ ВА НЕФРОТОКСИК ТАЪСИРИНИ АНИҚЛАШ

Хайтбоев Ж.А., Бекматова Ш.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: Сурункали буйрак касаллиги III босқич билан асоратланган сурункали пиелонефрит, фаол яллиғланиш даври билан оғриган беморларни даволашда Цефотаксим (Санита) дори воситасининг антибактериал ва нефротоксик таъсирини аниқлаш.

Материаллар ва услублар: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида “Сурункали пиелонефрит, фаол яллиғланиш даври ва сурункали буйрак касаллиги III босқич” ташхиси билан даволанаётган 23 та беморда текширув ишлари олиб борилди. Беморларга “Санита” фирмасининг “Цефотаксим 1,0 ” дори воситаси физиологик эритмада эритилиб 2 махалдан в/и 5 кун тавсия қилинди. Комплекс даво тариқасида спазмолитик, НЯҚВ, дезинтоксикацион, гипоазотомик, диуретик, замбируғга қарши даволар қилинди. Беморларнинг ўртача стационар даволаниши $9,3 \pm 0,8$ кунни ташкил қилди. Ўтқазилган антибактериал даволанишнинг самарадорлигини баҳолашда динамикадаги субъектив ва объектив белгилари, динамикадаги лаборатор текширувлар

(Умумий қон тахлили, Умумий сийдик тахлили, Нечипоренко буйича сийдик тахлили, Сийдик бактериологик экмаси, Қон биокимёвий текшируви ва Каптокчалар фильтрацияси тезлигини (Кокрофт-Гольт буйича) аниқлаш) асос қилиб олинди.

Натижалар: Даводан олдин лаборатор кўрсаткичлари куйидагича эди:

УҚТ: лей $11,8 \pm 0,8 \cdot 10^9$ та/мл, ЭЧТ $18,6 \pm 1,2$ мм/соат, УСТ: лей $19,9 \pm 0,8$ та/1, оқсил $3,7 \pm 0,8$ г/л

Нечипоренко: лей 12610 ± 543 та/мл, эрит 2410 ± 223 та/мл, цил $32,4 \pm 1,4$ та/мл. Қон биокимёси: умумий оқсил $61,5 \pm 1,6$ г/л, мочевина $15,6 \pm 1,2$ ммоль/л, креатинин $235,3 \pm 30,9$ мкмоль/л, Каптокчалар фильтрацияси тезлиги $38,8 \pm 1,8$ мл/мин/1,73. Сийдик бактериологик экмасида патологик микроорганизмлар аниқланди: *Escherichia coli*-47,5%, *Enterobacter spp*-17,5%, *Staphylococcus hemaliticus*-7,5%, *Proteus vulgaris*-10,0%, *Staphylococcus epidermidis*-5,0%, *Staphylococcus fecalis*-2,5%. Микроорганизмларнинг Цефотаксимга 57,5% да юқори сезувчанлик аниқланди.

Даводан кейинги лаборатор кўрсаткичлари куйидагича бўлди:

УҚТ: лей $5,2 \pm 0,4 \cdot 10^9$ та/мл, ЭЧТ $10,2 \pm 1,1$ мм/соат, УСТ: лей $3,8 \pm 0,5$ та/1, оқсил $2,4 \pm 0,6$ г/л

Нечипоренко: лей 3130 ± 244 та/мл, эрит 1115 ± 105 та/мл, цил $14,4 \pm 1,2$ та/мл. Қон биокимёси: умумий оқсил $62,9 \pm 1,8$ г/л, мочевина $13,8 \pm 1,2$ ммоль/л, креатинин $221,4 \pm 31,1$ мкмоль/л, Каптокчалар фильтрацияси тезлиги $42,5 \pm 2,3$ мл/мин/1,73. Сийдик бактериологик экмасида патологик микроорганизмлар аниқланмади. Ўтказилган терапевтик муолажалардан 2-3 кундан кейин беморларда белда оғрик, дизурик, яллиғланиш белгилари яхшилана борди, 7-8 кунларда бутунлай ўзларини яхши хис қила бошлади.

Хулоса: Цефотаксимнинг антибактериал самарадорлиги юқориги, нефротоксик таъсири кам эканлиги аниқланди. Яъни беморларда лейкоцитоз, лейкоцитурия, бактериурия ишончли камайди, лекин буйрак каптокчалар фильтрацияси тезлиги камаймади. Бу эса Цефотаксимни сурункали буйрак етишмовчилиги мавжуд беморларда ҳам қўллаш имконини беради.

НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ АХОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ДИГИРИВ ПРЕПАРАТНИНГ УШБУ КАСАЛЛИКДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Хамидова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги Ўзбекистон шароитида жигарнинг алкохолсиз ёғли гепатози касаллиги кенг тарқалган бўлиб, аҳолида кўп учрайдиган жигар фаолиятини аста секин пасайишига олиб келувчи касалликдир. Масаланинг долзарблиги шундаки аҳоли яшаш шароити яхшиланиши кўрсаткичлари ошиб бораётганлигига корреляцион тарзда бу касаллик тарқалиши ҳам кўпайиб бормоқда ва аҳоли ўртасида жигар етишмовчилигидан келиб чиқувчи ногиронликларни кўрсаткичининг ҳам ошишига олиб келмоқда.

Мақсад. Стационар ВКТТМ гастроэнтеролог шароитида жигарнинг алкохолсиз ёғли гепатоз касаллигини метаболик синдромга боғликлигини ўрганиш ва касаллик клиникаси, лаборатория анализлари (қон биохимик анализидаги умумий билирубин, АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатаза, қонда глюкоза миқдори ва триглицеридемияни аниқлаш).

Кутилаётган натижа. Маълум бир контингент ўртасида бу касалликни тарқалишининг кўрсаткичини аниқлаш ва традицион даволашга қўшимча дигирив препаратини ҳам қўллаш орқали касалликни эрта босқичида аниқлаш.

Натижа. Текширилаётган 54 та аҳолининг 30 тасини аёллар ташкил қилиб, эркаларни ўртача ёши 30- 60 ёшни ташкил қилди. Аёлларни ўртача ёши 28-65 ни ташкил

килди. Текширилган гурухлардаги кўрсаткичлар бўйича 55 ёшлардаги 30 та аёлда 18 тасида, 50-65 ёшли эркакларнинг 9 тасида ортикча вазн, гипертоник босимни ошиши, 6та аёл ва 6та эркакда гиперхолестеринемия, 8та аёл ва 6та эркакда кон биохимик анализиди АЛТ, АСТ, умумий билирубин ошиши, қондаги глюкоза микдорини ошиши, ишкорий фосфатазани кўпайиши аниқланди. 23 та аёл ва 20 та эркакда УЗДа жигар диффуз гиперэхогенлиги ошиб, томирлар визуализацияси ёмонлашган, 5 та аёл ва 2та эркакда ичак дисбактериози аниқланди. Текшириш натижасига қараганда жигарнинг алкохолсиз ёғли гепатоз касаллиги 50-60 ёшли контингент орасида кенг тарқалган бўлиб, аёллар ва эркаклар, купрок аёлларда аниқланди. Гепатопротекторлар, витаминлар (Е, К, А, В гурухлари), метаболитлар, пробиотиклар, эубиотиклар тавсия қилинди.

Дигирив 10 мл в\и суткада, 20 Метформин (Сиофор) 500-2550 мг, Дюфалак кунига уч маҳал уч ой давомида берилди. Бундан хулоса чиқариш мумкинки, алкохолсиз жигарнинг ёғли гепатоз касаллиги қандли диабет касаллиги билан боғлиқ бўлиб, касалликни дастлабки босқичида ташхисни тўғри қўйиб, вақтида даволаш бу касалликни кейинги босқичларга ўтишини тўхтатади.

ASPECTS OF KLINIKO-IMMUNOLOGIC OF DATA AT A B-THALASSEMIA

Shamsutdinova M.I., Rakhmanova U.U.

Tashkent medical academy

The thalassemia comes from the greek word of «Tallas» - the sea. Severe forms of a thalassemia meet rather seldom, however throughout all life of patients demand regular hemotransfusion and drug treatment of numerous complications of a disease. The defect of synthesis alpha or – a beta – globin chains is the reason of a thalassemia. Unbalanced synthesis of chains of hemoglobin leads to reduction of life expectancy of erythrocytes.

Research objective: To estimate clinical informational content of indicators of cytokines of blood serum in development of cholestatic processes of a liver at a β -thalassemia

Materials and methods of a research: Researches were conducted at 25 patients with β -thalassemia at hemolytic crisis, being on constant observation in NIIG and the personal computer. Age of sick from 5 to 12 years. Average age of patients was 9.2 ± 1.5 years. From them 7 girls and 18 boys. Concentration of cytokines in blood serum – IL-2, IL-6 – determined by an immunoenzyme method.

Results of a research. When studying cytokines of blood serum reliable increase in content of cytokines is revealed. At 25 (100%) patients concentration of IL-2 and IL-6 was sharply increased. Content of cytokines (pg/ml) in blood serum at patients with a thalassemia, $X \pm ms$ IL-2 (123,6 114,1) and IL-6 (241.4 43.2). According to biochemical analyses the general bilirubin (47.6), direct bilirubin (9.46), an indirect bilirubin (46.7), ALT(23.5), nuclear heating plant (16.62) and objective survey increase in the size of a liver is revealed at 25 (100%), spleens at 25 (100%) surveyed. By comparison clinic – immunological data a reliable feedforward is established: increase in IL-2 and IL-6 level on the one hand, and changes of biochemical data and clinical symptoms.

Discussion of results of a research. Normal function of the immune system is based on equivalent products of regulatory cytokines. When studying a system of cytokines at patients with a thalassemia we established increase in blood serum of concentration of IL-2 and 6 and change of biochemical data. High content of IL-2.6 in blood at patients with a thalassemia indicates shift in products of cytokines towards pro-inflammatory. It is revealed correlations of key cytokines with a number of clinical laboratory syndromes and indicators of the immune system of patients at a β -thalassemia

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Эшбоева К.У., Стожарова Н.К., Муяссарова М.М., Рустамова М.А.
Ташкентская медицинская академия

Во всем мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Заболевания органов пищеварения (ЗОП) ежегодно становятся одной из наиболее актуальных проблем не только для клинической медицины и практикующих врачей, но и для организаторов здравоохранения.

Целью нашего исследования было определение факторов распространенности признаков и факторов риска возникновения хронических гастритов среди студентов медицинских ВУЗов.

Материалы и методы исследования: Нами было проведено анонимное социологическое исследование по специально разработанной анкете, включающей 23 вопроса о наличии данного заболевания или его признаков, а также наиболее значимых факторов риска. Респондентами являлись учащиеся медицинского колледжа и студенты Ташкентской Медицинской Академии 3 и 6 курсов.

Результаты и обсуждение: В опросе участвовало 170 респондентов, из которых 38,8% составляли юноши и 61,2% девушки. Средний возраст всех респондентов 21,1 год (девушки 19,6 и юноши 23,6). Из числа опрошенных, почти треть (29,4%) отметила, что имеют в анамнезе диагностированный хронический гастрит. Из них диагноз был установлен в школе 15,2% респондентам, в колледже 9,1%, на младших курсах института 54,6% и на старших курсах 21,2% опрошенных. Таким образом, большинство диагнозов выставляется именно в период обучения на 1-3 курсе, что вероятно связано с изменением образа жизни при поступлении в ВУЗ и нарастанием интенсивности действия основных факторов риска. Большинство респондентов (87,1%) отмечают у себя чувство тяжести, давления, жжения в подложечной области (20%), отрыжку (16,5%), тошноту (10,6%), неприятный привкус во рту (16,5%) и изжогу (23,5%). Однако с этими проблемами к гастроэнтерологу обращались только 24,7% опрошенных, 3,5% лечатся самостоятельно, а остальные стараются не обращать на них внимания. Каждый пятый (24,7%) из числа респондентов отмечал у себя наличие других хронических заболеваний. Наиболее часто встречаются хронический тонзиллит, аднексит, холецистит, кариес, гайморит, простатит и другие заболевания, часто связанные с хронической инфекцией, что является провоцирующим гастриты фактором. Только 64,7% студентов имеют представление о рациональном питании, а более трети (35,3%) либо затруднились с ответом на данный вопрос, либо не знают, что входит в понятие рационального питания.

ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ХЛОПКОВОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО АРТРИТА ИНДУЦИРОВАННОГО ДЕКСТРАНОМ

Юлдашев Ж.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Создание лекарственных средств применяемых в лечении заболеваний человека обусловленное воспалением представляет актуальную проблему современной фармакологии. Препараты, применяемые в настоящее время хотя и обладают высокой фармакологической активности, обладают рядом порою опасных побочных эффектов, по этому изыскание новых противовоспалительных препаратов является первостепенной задачей. Поскольку инициатором воспаления в настоящее время считают простагландины образующихся из фосфолипидов клеточных мембран в результате перекисного окисления

липидов, то становится логичным применение антиоксидантов в подавлении воспалительного процесса.

Экспериментальная модель асептического артрита воспроизводили путем субплантарного введения в заднюю лапку крыс 6% водного раствора декстрана в объеме 0,1 мл. Изучали профилактическое действие различных доз модифицированной соединений хлопковой целлюлозы (10, 25 и 50 мг/кг) сравнительно с диклофенаком натрия (10 мг/кг) и силибором (100 мг/кг). Вышеуказанные препараты превентивно вводились внутривенно с металлическим зондом за 2 часа до введения флагогена.

Результаты проведенных исследований показали, что введение декстрана приводило к резкому увеличению объема лапок (в 2-2,5 раза) с продолжительностью более 6 часов. В отличие от этого у крыс получавших новое соединения хлопковой целлюлозы в различных дозах интенсивность экссудативного процесса была отчетливо низкой. Аналогичные результаты нами были получены у крыс предварительно получавших силибор - антиоксидант, гепатопротектор и диклофенак натрия - нестероидный противовоспалительный препарат. Примечательно, что новое соединение содержащее антиоксидант - полифенол по своей противовоспалительной активности превосходил не только силибор, но и эталонного нестероидного противовоспалительного препарата - диклофенака натрия.

На наш взгляд дальнейшие исследования модифицированного соединения хлопковой целлюлозы содержащей полифенолы после углубленного изучения их фармако-токсикологических свойств представляет важный интерес в плане создания эффективных конкурентно способных лекарственных средств предназначенные для лечения острых и хронических заболеваний в патогенезе которых центральную роль принадлежит воспалению.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШИДА РАНИСАН ДОРИСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Юлдашева С.Х., Хамидова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги: Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини даволашдан асосий мақсад - маъда секрециясини камайтириш ва яранинг чандиқланишига эришишдир. Кейинги йилларда амалиётда Н₂ гистаминоблокаторларнинг янгидан-янги препаратлари қўлланилаётиб келинмоқда, улар олдинги авлод дориларидан кўп жihatдан фарқ қилади.

Материал ва услублари: Ранисан гистамин рецептлари блокаторларининг кенжа авлодига мансуб бўлиб асосан унинг антисекретор фаолиги циметидинга нисбатан 7-8 марта юқоридир. Биз томондан 29- оилавий поликлиникада ранисан қабул қилган 50 бемор (22-42 ёш) текширувдан ўтказилди. Улардан 25 та эркак, 25 та аёл. Шундан 5 беморда маъда яра касаллиги, 35 беморда 12 бармоқ ичак яра касаллиги, 10 беморда эрозив гастродуоденит аниқланган. Барча беморлар ранисан қабул қилишдан олдин ва кейин ЭГДС ва рентгенологик текширувлардан ўтказилди.

Бу беморларга 5 hafta давомида кунига 2 марта 20 мг (эрталаб соат 8.00 да ва кечқурун соат 18.00 да) ранисан қабул қилиш тавсия қилинади.

Даволаш касаллигининг биринчи haftаларида ампициллин (0,5 3 табл. х 1 марта), Алмагель А 1 д.қ. дан кунига 3 марта овқатдан олдин ва ухлашдан олдин ва трихопол (0,25г 2 табл. х 2 марта) билан бирга олиб борилди.

Ранисаннинг самарадорлиги диспептик бузилишларнинг камайиши, оғрикнинг камайиши ва йўқолиши, меъда секрециясининг камайиши ва яра дефектининг чандиқланиши каби мезонлар асосида белгиланди.

Натижалари: Олинган натижаларимиз ранисаннинг яра касаллигини даволашдаги юқори самарадорлигини тасдиқлади.

Ранисан 5 хафта давомида кўлланилиши яра касаллиги аниқланган 40 (95%) беморда яра дефектини чандиқланишига олиб келган, эрозив гастродуоденит аниқланган 10 беморнинг барчасида даволаш натижасида эрозиялар йўқолган. Шунинг билан бирга ранисаннинг ножўя таъсири деярли кузатилмаган. Шундай қилиб, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги кўзиш даврида ранисан препаратида фойдаланиш самарали натижага эришишга ёрдам беради.

ПРОФИЛАКТИКА НЕЙРОЛЕЙКОЗА

Якубова А.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. В последние 10-15 лет в изучении нейролейкоза достигнут значительный прогресс. Стало известно огромное количество научных фактов, радикально изменивших фундаментальные представления о его развитии. Полученные с помощью современных молекулярных-генетических методов новые данные позволили объяснить механизмы развития нейролейкозов. Однако, несмотря на успехи, проблема нейролейкоза при лейкозах далека от своего решения. Протокольное лечение не исключает возможность развития рецидива и фатального вторичного лейкоза.

Неоднозначна результативность терапии в различных возрастных группах больных. По разным статистическим данным только 10-30% больных имеют длительную медиану жизни и безрецидивного течения лейкозов.

Профилактические мероприятия снижают частоту нейролейкоза, но процент больных с поражением нервной системы лейкозным процессом остаётся высоким. Используемые в настоящее время средства и методы профилактики в различной комбинации и ритмах не позволяют добиться полной эрадикации лейкозных клеток в нервной системе и как следствие этого, возникновение нейролейкоза отодвигается на более отдаленные сроки. Необходима разработка более эффективных методов профилактики нейролейкоза.

По данным многих авторов, эффект терапии определяется, главным образом локализацией лейкозной инфильтрации и схемой лечения, в меньшей степени формой острого лейкоза. Поэтому до назначения лечения они рекомендуют провести неврологическое обследование больного и определить форму нейролейкоза, установить, какие отделы преимущественно вовлечены в патологический процесс.

Вывод. К настоящему времени накоплен достаточный опыт по применению комбинированной химиолучевой профилактики нейролейкоза у взрослых. Многие зарубежные гематологи предпочитают комбинированный метод лечения нейролейкоза. Профилактика нейролейкоза должна начинаться рано в периоде индукционной терапии.

IV РАЗДЕЛ: РАЗНЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА

Абасния С.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Эффективная терапия болезней пародонта является одной из самых актуальных задач современной стоматологии. Современная диагностика и применение самых современных методик лечения дает возможность на длительное время стабилизировать состояние тканей пародонта. Несмотря на это добиться стойкой ремиссии является одной из сложнейших задач в современной стоматологии.

Цель. Определить эффективность малоинвазивных немедикаментозных методов лечения болезней пародонта.

Материалы и методы. Провели обследование и лечение 34 пациентов с применением аппаратных методов Scaler и Air-Flow, для эффективности измеряли и фиксировали глубину пародонтального кармана, индексы КПУ, ПИ, Silness-Loe, ОНI-S, РМА. Пародонтальные индексы позволили оценить глубину и распространенность патологического процесса.

Результаты. В результате стоматологических обследований была изучена эффективность малоинвазивных немедикаментозных методов лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта. Ранее всем больным проводился комплекс лечебных мероприятий. У больных с применением аппаратных методов разрушения над и поддесневой биопленки на 20,3% реже наблюдались случаи обострения воспаления в тканях пародонта ($p < 0,01$), в 4,9 раза больше степень редукции глубины пародонтального кармана ($p < 0,01$), следует отметить то, что максимальный уровень редукции наблюдался у больных с комбинацией применения обоих методов – $2,54 \pm 0,14$ мм, низкий – в контроле: $0,5 \pm 0,07$ ($p < 0,01$). Также были вычислены индексы КПУ, ПИ, Silness-Loe, ОНI-S, РМА. При этом отмечалось улучшение показателей пародонтальных индексов.

Выводы. Лучшие показатели лечения комбинированным способом (с чередованием Scaler и Air-Flow) обусловлены особенностями клинического применения аппаратов, которые дополняют друг друга, уменьшая погрешности в результатах, и совместное их применение позволяет получить повышение эффективности терапии тканей пародонта. Поддерживающее лечение тканей пародонта с постоянным контролем мотивации к индивидуальной гигиене и регулярным профессиональным удалением поддесневой биопленки этиопатогенетически обоснована и является залогом успешных результатов лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев Б.П.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Оценить результаты реконструктивных операций у больных с критической ишемией нижних конечностей и сопутствующим сахарным диабетом.

Материалы и методы: в исследовании представлен анализ результатов лечения 60 больных с КИНК III – IV степени и сопутствующим сахарным диабетом. КИНК III встречалась – 21 (36%), КИНК IV встречалась – 39 (64%). Все больные были разделены на 3 основные группы. I группа включала 38 (64%) больных, которым выполняли прямые реконструктивные операции. II группу составили 11 (19%) больных, которым выполняли

операции непрямо́й рева́скуляриза́ции. III группа больные, которым проведена консервативная терапия (№=11). Оценивались показатели ЛПИ(лодыжечно-плечевой индекс) в динамике в трех группах. В ближайшем послеоперационном периоде оценивали проходимость реконструкции, сохранность конечности и ЛПИ.

Результаты: В I группе тромбоз реконструкции выявлен у 4 пациентов (10,7%), проходимости реконструкций в течение 1 года составил 67%, сохранность конечности за 1 год наблюдения составил 89,7%. Во II группе уровень сохранности конечности за период 1 года 49,4%. Динамика ЛПИ в группе больных, которым выполняли прямые методы рева́скуляриза́ции составила +0,33, в группе больных, которым выполняли непря́мые методы составила +0,12., в группе больных, которым проводилась консервативная терапия +0,17. Анализирую результаты показателя динамики ЛПИ в I и III группах получены достоверные данные эффективности прямых реконструктивных операций($p < 0,0001$), а во II и III группах достоверных данных эффективности проведенного лечения не получено($p = 0,0573$).

Выводы: при хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом предпочтение следует отдавать прямым методам рева́скуляриза́ции($p < 0,0001$). Применяя комплексное хирургическое лечение, позволяет у больных с данной патологией снизить риск развития осложнений, количество ампутаций нижних конечностей, летальность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель: Оценить возможности хирургического лечения пострадавших с повреждениями магистральных сосудов конечностей.

Материалы и методы: Изучены результаты хирургического лечения 32 пациентов с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей. Мужчин было 30, женщин — 2. Возраст их варьировал от 15 до 54 лет, составив в среднем 29,4 лет. Причинами повреждений магистральных сосудов у 24 (67,5%) пострадавших были колото-резаные раны, у 5 (15%) - закрытая травма (включая 2 больных с многооскольчатыми переломами костей голени, обусловившими ранения сосудов). В 3 (15%) наблюдениях повреждения сосудов явились следствием ятрогенной травмы при оперативных вмешательствах на костной системе. Все пострадавшие, за исключением больных с ятрогенной травмой, были доставлены через 2 ч и более от момента получения травмы. У большинства из них отмечены геморрагический шок и клинические признаки ишемии пораженной конечности различной степени выраженности. Ранение мягких тканей в проекции магистральных сосудов, отсутствие или ослабление периферической пульсации, наличие кровотечения или гематомы в сочетании с клиническими проявлениями ишемии пораженной конечности позволили большинству пострадавших установить правильный диагноз уже до операции. Лишь в нескольких случаях возникла необходимость в выполнении УЗИ и ангиографии.

Результаты: Ранения сосудов среднего калибра выявлены у 18 пациентов. При этом у 11 из них были повреждены поверхностная бедренная артерия, у 8 -подколенная артерия, у 1 — глубокая артерия бедра, у 4 — бедренная вена, у 1 — подколенная вена. В 2 наблюдениях имелось сочетанное поражение поверхностной бедренной артерии и бедренной вены, в 1 — подколенной артерии и обеих большеберцовых артерий. У 10 больных отмечались повреждения артерий малого диаметра (берцовых артерий). Ранение задней большеберцовой артерии обнаружено у 4, передней большеберцовой — у 4 пациентов, обеих большеберцовых — у 1, малоберцовой артерии — у 1 больного. Таким образом, у 32 пострадавших были повреждены 36 сосудов. У значительной части

пациентов ранения магистральных сосудов нижних конечностей сопровождались повреждениями окружающих мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Все пострадавшие были оперированы. Боковой шов наложен 14 больным с пристеночным ранением, циркулярный — 10 пациентам при полном пересечении сосудов. 4 пострадавшим произведена пластика поврежденного сосуда «заплатой» из аутовены, 7 — выполнено аутовенозное протезирование в связи с протяженным его поражением (более 2 см). Аутовенозное подколенно-заднебольшеберцовое шунтирование в сочетании с лигированием передней большеберцовой артерии произведено пациенту с массивным разможением обеих большеберцовых артерий. Одному больному с необратимой ишемией конечности, обусловленной обширными разрывами подколенной и обеих большеберцовых артерий, выполнена первичная ампутация бедра по Календеру. У 1 пациента наступил тромбоз реконструированного сегмента. В результате тромбэктомии магистральный кровоток был восстановлен. Из 32 оперированных умер 1 (5%).

Обсуждение: Восстановить проходимость поврежденных магистральных сосудов нижних конечностей удалось у 31 из 32 пострадавших. У большинства пациентов получены хорошие результаты. Летальный исход наступил у 1 пациента с ранениями бедренных сосудов, сочетавшимися с обширной травмой мягких тканей. Пациент поступил в поздние сроки от момента травмы в состоянии геморрагического шока с наличием тяжелой ишемии нижних конечностей. В ходе экстренных операций у пострадавшего удалось восстановить магистральный кровоток, но состояние их продолжало оставаться тяжелым и, несмотря на интенсивную терапию, в ближайшем послеоперационном периоде наступила смерть.

Выводы: При невозможности или определенных трудностях, связанных с доставкой пострадавших с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей в специализированное отделение сосудистой хирургии, квалифицированная помощь им может быть оказана в условиях общехирургического стационара больницы скорой помощи. Залогом успеха является знание хирургами общего профиля клинической картины повреждения магистральных сосудов, умение диагностировать их и выполнять адекватные оперативные вмешательства. При этом результаты лечения во многом зависят от квалификации сотрудников анестезиологической службы и службы интенсивной терапии.

Ампутацию конечности по первичным показаниям при повреждении магистральных сосудов нижних конечностей выполнили у 1 пациента. Показаниями к ней явились тяжелые повреждения мягких тканей, ишемическая тотальная контрактура конечности, влажная гангрена.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 больных. Наиболее серьезные из них - гнойно-септические, которые явились следствием перенесенного пострадавшими тяжелого геморрагического шока, постгеморрагической анемии, нарушенного кровообращения в конечности из-за выраженного посттравматического отека мышечного массива бедра и голени. Послеоперационные тромбозы, потребовавшие выполнения тромбэктомий, развились у 4 пострадавших.

Выводы:

1. Успех лечения сосудистой травмы зависит от быстроты оказания специализированной хирургической помощи, ведь именно ангиохирургическое пособие может адекватно разрешить ситуацию: восстановить нормальный кровоток и предупредить развитие последствий повреждения сосуда.

2. Важным является ранняя диагностика повреждения сосудов, своевременная восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ФЛОТИРУЮЩЕГО ТРОМБА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Материалы и методы: В Хорезмском филиале РНЦЭМП за период 2011-2018 гг. нами наблюдались 350 больных с венозными тромбозами в системе глубоких вен. Диагноз выставлялся с учетом клинических проявлений (отечность, гиперемия, синюшность, болезненность), а у 15% больных тромбозы протекали без ярко выраженной клинической картины, и подтверждался результатами инструментальных методов диагностики, среди которых основным, является ультразвуковое сканирование. Одним из грозных осложнений венозного тромбоза является тромбоэмболия легочной артерии, которую выявили у 36 (10,2%) пациентов (1 группа наблюдения), без ТЭЛА- 314 (89,8%), (2 группа). Важным прогностическим моментом мы считали наличие флотации верхушки тромба. В первой группе обнаружено 23 (64%) тромбов с флотацией, во второй – значительно меньше - 37 (12%). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя обязательное использование антикоагулянтов и дезагрегантов. Хирургическая тактика в группах пациентов зависела от нескольких, на наш взгляд, важных обстоятельств. В первую очередь учитывали: наличие флотирующего тромба, особенно протяженностью свыше 2 см, а также расположение последнего в подвздошно-бедренном сегменте, и наличие тромбоэмболии легочной артерии в анамнезе. Тактика оказания помощи в первой группе была более активной. Нами выполнено оперативное вмешательство у 21 пациента, что составило 59% в этой группе. Во второй группе мы прибегли к хирургическому вмешательству у 9 больных, что составило 3%. Значительно чаще от операции воздерживались у пациентов 2 группы, в связи с выявленной положительной динамикой при ультразвуковом сканировании: фиксация тромба, отсутствие признаков его нарастания через 2-3 суток. Активная хирургическая тактика предпринималась также у больных с рецидивирующим характером тромбоэмболии легочной артерии даже без флотации тромба-15 (5%). По поводу флотирующего тромба и профилактики рецидива тромбоэмболии лёгочной артерии выполнены следующие операции: пликация или лигирование венозного сосуда выше места тромбообразования, тромбэктомия в ряде случаев с последующей пликацией. Тромбэктомия с пликацией выполнялась редко в связи с высоким риском ретромбоза, и выполнялась чаще при наличии флотирующей части тромба в бедренном и подвздошном сегментах.

Выводы: Анализируя вышеизложенное, мы считаем, что хирургическая тактика при наличии флотирующего тромба должна быть более активной, особенно это утверждение касается пациентов с протяжённостью тромба 2 и более сантиметров, тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе, а также с локализацией в подвздошно-бедренном сегменте.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Абдуллаев Р.К., Каримов Р.О.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

История хирургии тесно связано с борьбой против возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний. Применение асептики и антисептики открыл новую эру и хирургии, где постоянно применяются все новые и новые антимикробные антисептические препараты. Разработка и применение различных методов лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний (Стручков В.И., 1984; Хрупкин В.И. и соавторы, 1997; Бабаджанов Б.Р. и соавторы; 2002; Каримов Ш. И., Van der Braek et al., 2003), с учетом выявляемости аэробных и анаэробных возбудителей

(Исхакова Х.И., Вахидова Х.М., 2000; Баженов Л.Г. и соавторы, 2004; Отахонов Б.Р., 2006; Кондратова Ш.Ю., Нуралиев Н.А., 2007) не теряет актуальности до сих пор.

В связи с этим целью исследования было определение микробного пейзажа хирургических инфекций мягких тканей у больных взрослых и детей в сравнительном аспекте и оптимизация методов диагностики лечения.

Изучен видовой состав, основные биологические свойства, факторы патогенности (плазмакоагулазная, фибринолитическая, гемолитическая активности), антибиотикорезистентность микрофлоры очагов хирургической инфекции мягких тканей в динамике заболевания.

Выявлены основные тенденции в клинических формах и в динамике видового состава возбудителей хирургических инфекции за последние годы (2005-2015 годы) по материалам результатов бактериологического обследования больных детей и взрослых хирургическими инфекциями.

Были установлены особенности клинической картины хирургической инфекции на современном этапе (тяжело протекающие и не поддающиеся стандартному лечению, осложненные, случаи атипичного, «стертого», длительного течения заболевания).

Оценить эффективность различных асептических (применение новых антисептиков) и антисептических (проведение антибактериальной терапии) подходов в лечении больных хирургическими инфекциями мягких тканей в сравнительном возрастном аспекте.

CHOOSING OPTIMAL CHEMOTHERAPY REGIMENS IN ADVANCED NON-SQUAMOUS NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Abdullaeva N..

Urganch branch of Tashkent medical academy.

Introduction. Non-small cell lung cancer (NSCLC) in particular, is a common malignancy and the leading cause of cancer-related death worldwide. According to the results of several large randomized controlled trials, platinum-based chemotherapy has improved the survival of advanced NSCLC. Several trials on advanced NSCLC had found that, with a satisfying safety profile, pemetrexed combined with cisplatin showed a promising efficacy comparable with other platinum-based therapy. To date, there exists no published data comparing pemetrexed with other third-generation cytotoxic agents, including paclitaxel, docetaxel and gemcitabine, with regard to clinical toxicity and survival in the treatment setting for advanced stage lung adenocarcinoma. To address this important gap, we undertook a prospective study to assess the association between clinical toxicity and various platinum-based doublets and to evaluate the survival associated with these therapy regimens.

Purpose. Choosing optimal chemotherapy regimens in advanced non-small cell lung cancer.

Materials and methods. This study included 18 patients who underwent NSCLC in the Urganch branch of Scientific Cancer Centre of Uzbekistan in 2018-2019. Patients were classified on the basis of age at diagnosis and gender. The mean age of the patients was 56 (range 25–76) years, and the proportion of male and female patients was 50.6% vs. 49.4%.

Patients included in the analysis were then classified into two groups: Group A ($n=8$), comprising the patients that received chemotherapy with platinum/pemetrexed regimen, and Group B ($n=10$), comprising the patients that received non-pemetrexed platinum-based regimens (146 patients received platinum/paclitaxel). Comparing the percentages of cisplatin and carboplatin use, cisplatin predominated in Group A patients (70%), whereas carboplatin was administered with almost equal frequency to patients in Group B (48.8%).

Results. The results of analysis showed that in first group 1 year survival 12%, non recurrence survival about 10 months. In second group 7%, 6.6 months respectively.

Summary. Supportive therapy with pemetrexed\platinum regimen improve 1 year and non recurrence survival in advanced Non-small cell lung cancer in comprising with standard regimen.

ПЛАСТИКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И РАННЕ-ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Абдурахманов З.М., Емец И.Н.

*ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии
и кардиохирургии МЗ Украины», Киев*

Цель: изучить эффективность реконструктивных методик у детей с аортальными пороками и определить оптимальную хирургическую тактику лечения.

Материалы и методы: с 01.2004 по 01.2019 в ГУ "НПМЦДКК МЗ Украины" было проведено 237 реконструктивных операций на аортальном клапане (АК) у детей. Критерием исключения были: возраст до трёх лет, предшествующие операции с искусственным кровообращением (ИК) и наличие конотрункального порока сердца. В исследование были включены 66 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет, которых применялись следующие методики: комиссуротомия, "дебридмент", методика Траслера, резекция рафе, "шейвинг" рафе, пликация края створки АК, субкомиссуральная пликация (методика "Каброля"), аугментация створки, протезирование створки, треугольная резекция, ресуспензия свободного края створки АК, пластика восходящей аорты, неокуспидизация АК (Озаки-like). Неудовлетворительным результатом хирургического лечения считались развитие аортальной недостаточности (АН) или аортального стеноза (АС) и/или выполнение повторных хирургических вмешательств в госпитальном или отдалённом периоде.

Результаты: возраст пациентов составил $10,00 \pm 4,08$ лет. Пациентов мужского пола было (86,36%). Результаты лечения оценивали перед выпиской из стационара, а также через год после операции. Непосредственные результаты реконструкции АК были хорошими у 92,48 % пациентов: у 10,06% (n = 7) детей АК был компетентным или недостаточность была минимальной, 53,03% (n = 35) пациентов имели небольшую недостаточность АК и у 28,79% был выявлен небольшой АС при выписке (n = 19). Умеренная АН регистрировалась у 6,06% детей (n = 4) и у одного пациента развилась выраженная АН (1,52%), потребовавшая реоперации. Спустя год наблюдения результаты оперативного лечения были удовлетворительными. Свобода от реопераций, а также АН и АС выраженной степени через год, составила 92,43 %. Умеренная АН или АС регистрировались у 18,19 % пациентов (n = 12). Неудовлетворительные результаты чаще наблюдались при комбинированном пороке с преобладанием недостаточности, чем при изолированной АН или АС. Применение баллонной дилатации АК у детей до операции не ассоциировалось с риском развития АН в отдалённом периоде. Неокуспидизация АК и использование комиссуротомии не приводило к значимому проценту развития остаточной патологии. Наименее эффективными реконструктивными методиками были пликация края створки, аугментация и протезирование створки АК, методика Траслера и такая дополнительная методика, как «рафе-шейвинг». При использовании перечисленных методик свобода от реопераций через год была меньшей, чем 80%. Подобные неудовлетворительные отдалённые результаты также были отмечены у пациентов после пластики восходящей аорты.

Выводы: реконструктивные операции на АК являются безопасной альтернативой протезированию у детей и обеспечивают удовлетворительные результаты в течение первого года наблюдения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Абдурахманов Ш.М., Кулдашев Г.Н.
Бухарский медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП.

Цель. Совершенствование алгоритмов диагностики и хирургического лечения острого холецистита (ОХ) и механической желтухи (МЖ).

Материал и методы исследования. Клинический материал основан на анализе лечения 153 больных с ОХ, осложненным МЖ, пролеченных в клинике хирургических болезней Бухарского медицинского института. за период с 2014 по 2018 г. Женщин было – 105 (68,5 %) больных, мужчин – 48 (31,5 %). Более половины (77 – 50,5 %) составили лица пожилого возраста. Обследование больных начинали с ультразвукового исследования (УЗИ), и после этого решался вопрос о целесообразности выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). В сложных случаях производили компьютерную томографию (КТ).

Результаты и обсуждение. После проведения ЭРПХГ холедохолитиаз диагностирован у 116 (76 %) больных, из них: крупный конкремент более 1 см обнаружен у 24 больных; вколоченный камень – в 8 случаях; множественные конкременты холедоха – у 13; рубцовый стеноз большого дуоденального соска (БДС) – у 17 (11 %), литиаз желчных протоков в сочетании со стенозом БДС – у 6 (4 %), аденома БДС – у 4 (3 %), хронический панкреатит с расширением Вирсунгова протока – у 10 (6 %). Для устранения гипертензии в билиарном тракте на первом этапе 97 (63 %) больным производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), что позволило воздержаться от хирургической операции у 15 (9,8 %) больных и значительно сократить объем операций у 47 (30 %) больных. Желтуха ликвидирована полностью у 37 (32,8 %) больных с холедохолитиазом. Также эндоскопически устранен стеноз БДС, обусловленный его рубцеванием у всех 17 больных. Применение ЭРПХГ и ЭПСТ сопровождалось развитием осложнений у 6 (4,7 %) больных (кровотечение – у 2, острый панкреатит – у 4). После ЭПСТ у 2 больных отмечалось умеренное кровотечение из папиллотомного разреза, которое было остановлено непосредственно во время эндоскопического вмешательства и проведением гемостатической терапии; у 4 больных имело место развитие отеочного панкреатита, купированного консервативными мероприятиями. Летальных исходов после ЭРПХГ и ЭПСТ не было. Из 153 больных на втором этапе лечения оперированы 121 пациент. 42 больных оперированы традиционным способом, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проведена у 68 больных; операция из мини-доступа – у 11 больных. После мини-инвазивных операций летальных исходов не было.

Выводы. Первый лечебный этап, направленный на ликвидацию холестаза и холемии эндоскопическим неоперативным путем, показан всем больным с ОХ, осложненным МЖ. Это приводит к снижению тяжести состояния больного и способствует более благоприятному течению второго лечебного этапа, отсроченной хирургической операции.

АСПИРАЦИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ У ДЕТЕЙ

Авазметов Ж.Э

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалли

Инородные тела трахеобронхиального дерева являются частой скоропомощной патологией, угрожающей жизни ребенка и требующей оказания немедленной помощи. Наличие тяжелейших осложнений при аспирации инородных тел в дыхательные пути, возможность возникновения летального исхода, трудности диагностики при неопределенной клинической картине, а также возможность возникновения хронического

поражения бронхолегочной системы делают проблему инородных тел дыхательных путей чрезвычайно актуальной, особенно в вопросах ранней диагностики и полноценного лечения детей с инородными телами. В Хорезмский филиале РНЦЭМП было обследовано и пролечено 180 детей с инородными телами дыхательных путей за период с 2010 по 2017 г.

Для извлечения инородных тел применялась фибротрехеобронхоскопия (ФТБС), обладающая большими диагностическими возможностями и являющаяся малотравматичной манипуляцией. Особенно она была показана для первичного поиска инородных тел трахеобронхиального дерева, при их нахождении в дистальных отделах бронхов и при отсутствии четких анамнестических данных об их аспирации. ФТБС выполнялась эндоскопами фирмы «Olympus». После извлечения инородного тела проводилась санация трахеобронхиального дерева раствором (0,5 %-й раствор диоксида). При выраженной гиперреактивности бронхов одновременно внутривенно вводились медикаменты для уменьшения бронхоспазма (эуфиллин).

Для учета выраженности бронхоскопических изменений были выделены следующие признаки эндобронхита: отек слизистой оболочки бронхов, ее гиперемия, количество и характер бронхиального секрета, выраженность сосудистого рисунка бронхиальной стенки. Основную группу составили дети первых 5 лет жизни (86,0 %), из которых самой многочисленной была группа детей 2-3-го года жизни (61,4 %). Значительно преобладали дети, аспирировавшие в дыхательные пути органические инородные тела (85,1 %), по сравнению с детьми с неорганическими инородными телами.

Самыми распространенными органическими инородными телами дыхательных путей являлись подсолнечные и другие семечки и различные виды орехов, на долю которых приходится более половины случаев аспирации (58,1 %). Из неорганических инородных тел наиболее часто встречались металлические и пластмассовые детали от игрушек (9,8 %), с которыми чаще всего сталкивались дети. Основной локализацией аспирированных инородных тел были бронхи (92,5 % случаев), значительно реже они задерживаются в трахее (3,3 %). В бронхах правого легкого инородные тела находили чаще (49,3 % случаев), чем в бронхах левого легкого, что может быть объяснено анатомо-физиологическими особенностями строения трахеобронхиального дерева. Длительность нахождения аспирированных инородных тел в дыхательных путях была различна: в течение 1 суток до момента извлечения - 37,7 % случаев, а в течение первой недели - 33,9 % случаев. У остальных детей (28,4 %) извлечение инородного тела из трахеи и бронхов было проведено позднее первой недели по различным причинам, причем у 13,5 % детей - позднее 1 месяца после аспирации. Аспирация инородного тела в дыхательные пути в подавляющем большинстве случаев происходила среди полного здоровья ребенка во время приема пищи или игры и сопровождалась характерной клинической картиной, основные проявления которой приступообразный кашель (100,0 %) различной интенсивности, затрудненное свистящее дыхание (65,1 %), одышка (51,6 %) и цианоз (22,5 %) кожи и слизистых. Помимо этого, у части детей возникали кратковременный приступ апноэ (4,6 %), однократная рефлекторная рвота (5,1 %), беспокойство (8,4 %) или вялость (1,4 %), поперхивание и отказ от еды (1,9 %) и постанывание (1,1 %). Как следствие травматичного прохождения инородного тела по дыхательным путям и фиксации в них, у части детей возникали боль за грудиной или боку (4,2 %), боль в горле (1,9 %) и осиплость голоса (1,9 %). Типичный анамнез аспирации инородного тела в дыхательные пути был выявлен у 99,1 % детей. В остальных случаях выявить момент аспирации не удалось. Это было связано с тем, что в момент аспирации дети оставались без присмотра родителей или скрывали случившееся, боясь наказания.

Объективное исследование детей, аспирировавших инородные тела в дыхательные пути, выявило различную клиническую симптоматику. Наиболее частыми перкуторными признаками аспирации инородного тела являлись выраженный коробочный оттенок легочного звука в зоне инородного тела (15,8 %), встречающийся при

вентильной закупорке бронха, или коробочный оттенок легочного звука с обеих сторон легких (15,3 %) или укорочение легочного звука на стороне поражения (12,6 %), встречающееся при частичной сквозной или полной закупорке бронхов. У подавляющего числа детей отмечались также оральные хрипы, слышимые на расстоянии (60,5 %), сухие и влажные крупнопузырчатые хрипы с обеих сторон (45,6 %) или свистящие хрипы на стороне поражения (24,6 %). У 2,3 % детей отмечался симптом «щелчка» при аускультации, свидетельствующий о наличии баллотирующего инородного тела в дыхательных путях. Лишь у 3,2 % детей не отмечалось выраженных перкуторных и аускультативных изменений в легких на фоне аспирации.

Эндоскопическая картина изменений трахеобронхиального дерева у детей с инородными телами зависела от возраста ребенка, природы аспирированного инородного тела, а также длительности его нахождения в дыхательных путях. Только в 6,0 % случаев не выявлено изменений в слизистой дыхательных путей при аспирации, что отмечалось при коротких сроках нахождения инородных тел в дыхательных путях (в течение суток) или у детей старшего возраста. У всех остальных детей (94,0 % случаев) с инородными телами выявлялась разнообразная эндоскопическая картина: в 39,1 % случаев выявлялся катарально-слизистый эндобронхит, в 46,5 % случаев - катарально- гнойный эндобронхит

Санационно-диагностическая трахео- бронхоскопия была проведена на 1-е сутки поступления в стационар в 89,8 % случаев, на 2-е сутки - в 6,5 % случаев. Остальным детям (3,7 %) она была проведена в более поздние сроки из-за выраженной тяжести состояния, длительных сроков нахождения инородных тел в дыхательных путях при удовлетворительном общем состоянии или при отсутствии указаний на аспирацию. Подавляющему большинству больных детей (74,9 %) была проведена одна санационно-диагностическая бронхоскопия, остальным детям было проведено 2 (20,5 %) и более бронхоскопий (4,6 %) из-за выраженных клинической симптоматики и эндоскопической картины. Лишь у 3,2 % детей отмечалось самопроизвольное отхождение инородного тела при сильном кашле, причем у половины из них отошла лишь часть разжеванного инородного тела, что было подтверждено на бронхоскопии.

Итак, результаты проведенного исследования выявили значительный процент легочных осложнений вследствие аспирации инородных тел в дыхательные пути, ведущее значение в формировании которых имеют длительность аспирации, возраст больных и природа аспирированного инородного тела. Несмотря на удаление инородных тел из дыхательных путей и комплексное лечение, общее клиническое состояние детей и состояние их трахеобронхиального дерева к моменту выписки из стационара к норме не приходят. Значительная частота сохраняющихся изменений в легких после удаления инородных тел диктует необходимость наблюдения этих детей у участкового педиатра и (или) пульмонолога.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОРХОЭПИДИДИМИТОМ

Авазметов Ж.Э

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Цель исследования. Оценить факторы риска у больных с острым орхоэпидидимитом и влияние их на результаты лечения.

Материалы и методы. С декабря 2017 по январь 2019 года было обследовано и проведено лечение 86 больных с острым орхоэпидидимитом. У 22 (18,6%) причиной орхоэпидидимита была хроническая инфекция уретры, у 26 (31,7%) хронический простатит, оперативное вмешательство на уретре (уретроплатика) 24 (29%), аденомэктомия 10 (12,2%), в том числе после попытки катетеризации уретры при острой задержки мочи 4 (4,8%).

Все больные разделены на две группы: в первую группу ($n=38$) включены пациенты которым выполнено какое либо вмешательство на органах мочевого тракта, во вторую группу ($n=48$) включены мужчины, у которых не было операций.

Результаты. Средний возраст пациентов первой группы составил $52,6 \pm 2,8$ лет, тогда как второй группе - был $23,6 \pm 1,7$ года ($p < 0,02$). Длительность заболевания составила у пациентов первой группы $24,7 \pm 1,6$ часов, во второй - $26,8 \pm 2,6$ часов ($p > 0,1$). Во всех случаях культуральные исследования мочи были положительными. Всем больным выполнена ультразвуковая эхоэлюминация (УЗС) органов мошонки. Деструкция ткани яичка (со стороны поражения) выявлена у 38 (46,3%) больных и они подвергнуты операции с целью удаления яичка. При отсутствии деструктивных явлений в яичке по данным УЗС и улучшения состояния больного при проведении антибактериальной терапии от оперативного вмешательства воздержались. Подобных случаев было 48 (58,5%). Из 38 больных первой группы орхидэктомия была выполнена в 32 (84,2%) случаях, тогда как из 48 пациентов второй группы яичко удалено только в 6 (12,5%) случаях. При сравнении частоты орхидэктомии оказалось что, подобная операция выполнена в 7 раз чаще у больных которым было выполнено какое-либо вмешательство на органах нижнего мочевого тракта ($p > 0,02$). Более того среди больных которым выполнена орхидэктомия сахарный диабет был в 25 (65%) случаях.

Вывод. Таким образом, наличие инфекции нижнего мочевого тракта является предрасполагающим моментом для развития острого орхоэпидидимита. Однако фактором риска развития деструктивных изменений в яичке, и в этих случаях чаще выполняют орхидэктомию, являются оперативные вмешательства на органах нижнего отдела мочевого тракта. В том числе сахарный диабет служит дополнительным фактором риска, который отрицательно влияет на течение острого эпидидимита, что приводит к деструкции ткани яичка.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Авазметов Ж.Э

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

В связи с расширением показаний к хирургическому лечению заболеваний органов брюшной полости и отсутствием надежных средств профилактики, число послеоперационных спаечных осложнений продолжает оставаться высоким. Актуален вопрос тактики в отношении больных со спаечной болезнью брюшины (СББ) и на догоспитальном этапе. По нашим данным доля вызовов к пациентам по поводу острых хирургических заболеваний колеблется в пределах от 3,0 до 5,6% , причем, 22,3% из них к больным, ранее перенесшим хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. СББ среди данной категории больных занимает лидирующее место (59,8%), а спаечная кишечная непроходимость (СКН) составляет 17,2% среди всех больных хирургического профиля. Наиболее ответственным при выборе тактики ведения таких пациентов на догоспитальном этапе является определение показаний для госпитализации.

Абсолютными показаниями к госпитализации в хирургический стационар мы считаем наличие признаков острого нарушения пассажа пищевых масс (схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота, тошнота с последующей неукротимой рвотой) и перитонита. Немаловажными в диагностике СКН является проверка некоторых специфических симптомов. Случаи сомнения в необходимости госпитализации или, по крайней мере, консультации хирурга такого больного не редки. На вызове часто приходится дифференцировать кишечную колику и приступ СББ, осложненный СКН,

что проблематично в условиях скорой помощи. В связи с этим в сомнительных случаях необходимо склоняться в сторону госпитализации пациента. Большинство больных со СББ и СКН находятся в средне тяжелом (41,1%) и удовлетворительном

(29,2%) состоянии и не требуют специального лечения. Тем не менее, при наличии схваткообразных болей на догоспитальном этапе показано введение спазмолитических средств. Нередко СКН развивается у детей пациентов с тяжелой патологией органов дыхания и кровообращения. У таких больных электролитные и метаболические расстройства, возникающие при СКН, усугубляют течение фонового заболевания и утяжеляют состояние, что требует его коррекции уже на догоспитальном этапе. В такой ситуации оправдано назначение кардиотонических и противошоковых средств, реолитиков, препаратов калия. Показаны ингаляции увлажненного кислорода через маску или эндоназальный катетер, особенно при необходимости длительной транспортировки.

Таким образом, СББ и СКН является частым состоянием в практике врача скорой помощи, которое требует тщательной дифференциальной диагностики, правильного выбора тактики и терапии на догоспитальном этапе.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

Авазметов Ж.Э.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Наиболее частой аномалией нарушения эмбрионального регресса желточного протока является дивертикул Меккеля (ДМ). За последние 6 лет (2011-2017г.) в Хорезмский филиала РНЦЭМП в отделении детской хирургии, оперированы 18 детей с патологией ДМ. Порок манифестировал одинаково часто и в раннем возрасте и после 3 лет: до 1 года у 7 детей, от 1 года до 3 лет у 8 детей, старше 3 лет у 3 пациентов. На основании клинической картины и макроскопических патологоанатомических изменений можно выделить 2 ведущие группы заболеваний, обусловленных наличием у ребенка ДМ: 1/ непроходимость кишечника диагностировано у 15 (83%) детей, чаще возникала инвагинация кишечника (7), несколько реже острая странгуляционная непроходимость кишечника (6) и хроническая рецидивирующая непроходимость кишечника (2) на почве эмбрионального тяжа, фиксирующего вершину дивертикула к передней брюшной стенке или к брыжейке тонкой кишки, 2/ дивертикулит выявлен у 3 (17%) детей, из них в 3 случаях имела гангренозно-перфоративная форма дивертикулита, осложненная перитонитом.

При инвагинации кишечника ДМ вызывает более жесткое ущемление внутреннего цилиндра, что является причиной безуспешной консервативной дезинвагинации, а также способствует развитию некроза кишки. В большинстве случаев это потребовало резекции кишки с наложением анастомоза «конец в конец» в 12 случаях, при наличии перитонита формирования двойной илеостомы с отсеченным межкишечным анастомозом.

Оперативное вмешательство по поводу странгуляционной, хронической рецидивирующей кишечной непроходимости включало отсечение фиброзного тяжа в непроходимость кишечника, а в 5 случаях, декомпрессию приводящего отдела тонкой кишки, пристеночную или клиновидную резекцию ДМ в 11 случаев.

Таким образом, ранняя диагностика и плановое удаление интактного ДМ позволяет избежать угрожающего жизни осложнения кишечной непроходимости у детей.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Авезов А.У., Айтимова Г.Ю.

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: К традиционным факторам риска относятся курение, дислипидемия, сахарный диабет и артериальная гипертония. Однако данные о связи этих факторов риска

с атеросклерозом некоторых периферических артерий ограничены. Кроме того, определенные факторы риска могут иметь большее значение в развитии атеросклероза некоторых сосудов, однако сравнительные исследования немногочисленные. В нескольких эпидемиологических исследованиях установлена важная роль курения в развитии заболевания артерий нижних конечностей; выявленная связь зависела от интенсивности курения. Курение считают более мощным фактором риска заболеваний артерии нижних конечностей по сравнению с коронарным атеросклерозом. В большинстве исследований пациенты с перемежающейся хромотой курили или бросили курить. Прекращение курения ассоциируется с быстрым снижением частоты развития перемежающейся хромоты, которая через 1 год была сходной с таковой у некурящих. Сахарный диабет - это еще один фактор риска, который имеет особое значение в развитии атеросклероза артерий нижних конечностей. В первую очередь это касается тяжелого атеросклероза, сопровождающегося гангреной или изъязвлением, в то время как в случае перемежающейся хромоты ассоциация с диабетом сопоставима с таковой с ИБС. Степень риска зависит от длительности и тяжести сахарного диабета. Необходимо обязательно оценивать факторы риска и известные сопутствующие заболевания, включая артериальную гипертонию, дислипидемию, сахарный диабет, курение, а также наличие сердечно-сосудистых заболеваний. При сборе анамнеза следует выявлять симптомы поражения различных сосудов: семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, стенокардия, симптомы, возникающие при ходьбе (например, утомляемость, судороги или боль в ягодицах, бедрах, голених или стопах), особенно если они быстро проходят в покое, любые боли в голених или стопах, которые изменяются в положении стоя или лежа, плохо заживающие язвы нижних конечностей.

Цель: дать обзорные современные литературные данные о факторов риска заболеваний периферических артерий сходны с ИБС и атеросклероза в целом.

Методы исследования: Сегодня ультразвуковое исследование сосудов проводится в В-режиме сканирования, импульсно-волновом режиме оценки спектра доплеровского сдвига частот, цветовых и энергетических режимах картирования кровотока, которые позволяют диагностировать и определить локализацию поражения сосудов и оценить их распространенность и тяжесть. В прошлом цифровая субтракционная ангиография была золотым стандартом исследования сосудов. Принимая во внимание инвазивный характер вмешательства при рентгеноконтрастной ангиографии, она в настоящее время заменяется на другие, эффективные, но неинвазивные методы и используется только при эндоваскулярных вмешательствах.

Таким образом, к настоящему времени в литературе описано большое количество гемодинамических, реологических, иммунных и иных факторов риска тромбозов. В медицинских изданиях постоянно излагаются новые методики оценки готовности пациента к операции, а интерпретация результатов старых тестов подвергается пересмотру. В этой связи перспективным представляется создание интегральной системы оценки риска ранних тромботических осложнений, включающей в себя результаты ряда наиболее достоверных методик, способной адаптироваться к появлению новых методов диагностики и гармонично встраивать их в существующий прогностический алгоритм.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОМЕТАЗОНАФУРОАТА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ ЭТМОИДИТОВ

Авезов М.И., Бабажанов Х., Собиров С.С., Ходжаниязов А.А.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность работы: В настоящее время, несмотря на большое количество проведенных исследований и предложенных методов лечения, в том числе консервативного медикаментозного лечения, позволившего ограничить и отдалить хирургические вмешательства, полипозных этмоидитов остается одним из наиболее

проблемных и нерешенных патологических состояний в современной оториноларингологии.

На сегодняшний день хронический риносинусит во многих странах является одним из самых распространенных заболеваний среди всех хронических болезней человека.

Цель работы. Оценка эффективности применения мометазона фууроата при лечении полипозных этмоидитов.

Материал и методы исследования.

В ЛОР-отделение Ургенчского филиала ТМА за 2018-2019 гг. обследовано 18 больных полипозным этмоидитом, из них 12 (66,6%) составили лица мужского пола, 6 (33,4%) – женского. Распространенность ПРС была характерна для всех возрастных групп.

Диагноз полипозный этмоидит ставили по общепринятой методике.

У 11 больных эти жалобы наблюдались 6 месяцев, у 4 – 1 год, у 2 – 2-3 года, у 1 – более 3-х лет.

У 10 больных (54,5%) выявлен положительный собственный аллергический анамнез. Гемограммы больных были в пределах нормы. У больных с положительным аллергическим статусом в периферической крови выявлено некоторое повышение количества эозинофилов.

5 больным с полипозным этмоидитом амбулаторно под контролем врача на фоне фотодинамической полилазеротерапии проводили консервативную интраназальную кортикостероидную терапию без хирургического вмешательства, поскольку полипы были единичные, мелкие, только в верхних отделах носовой полости.

3 больным с полипозным этмоидитом аллергического генеза лечение проводили на фоне антигистаминной терапии. Наблюдение над больными в течение 1,5 лет констатировало отсутствие рецидива полипозного процесса.

Во всех группах больные отмечали хорошую переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов от применения.

Выводы: Мометазона фууроата «Форинекс» является хорошо переносимым препаратом, оказывает хороший клинический эффект при полипозном этмоидите и является препаратом выбора при этом заболевании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Авезов М.И., Бабажанов Х., Собиров С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Хотя о существовании полипов носа известно более 5000 лет и проявления полипов носа обнаруживают в настоящее время у 1-5% взрослого населения, основные аспекты этой патологии (патофизиологические, клинические, диагностические, лечебные, хирургические) остаются нерешенными.

Одной из наиболее сложных форм хронического риносинусита, как в плане клинического течения, так и в плане лечения, является полипозный риносинусит (ПРС).

Целью нашей работы являлось повышение эффективности лечения больных полипозного риносинусита с использованием метода фотодинамической терапии.

Материал и методы исследования. Нами был использован метод фотодинамической терапии лечения ПРС у 40 пациентов в возрасте 24–47 лет, средний возраст $32,3 \pm 0,6$. Среди обследованных больных 24 (60%) составили лица мужского пола, 16 (40%) – женского.

В исследовании всех больных ПРС разделили на 2 группы, в 1 группе было 20 пациентов, которым проводилась фотодинамическая полилазеротерапия на фоне стандартного лечения, а во 2 группу было включено 20 больных, которым проводилось только стандартное лечение.

Результаты исследования. Состояние больных оценивали через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара. За хорошую эффективность лечения принимали состояние больных с полным отсутствием полипов в полости носа при передней риноскопии и обонянием не ниже гипосмии I степени. За удовлетворительный эффект – отсутствие полипоза в полости носа при передней риноскопии и гипосмию II или III степени; за отсутствие эффекта – наличие полипоза в полости носа при передней риноскопии.

В I группе хорошая эффективность лечения констатирована у 19 больных.

Во II группе хорошая эффективность лечения была у 14 больных.

Выводы: Данные исследования позволяют нам говорить о достоверно более высокой эффективности лечения ПРС в группе с применением фотодинамической полилазеротерапии. Этот метод позволяет нам увеличить период ремиссии ПРС, что, несомненно, благоприятно сказывается на уровне качества жизни пациентов, работоспособности и экономической выгоде для государства.

XVIII АСР ХОРАЗМ АДАБИЙ МУХИТИ

Адамбаева Н.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Адабий мухит бирикмасидаги адабий сўзи “адабиётга оид”, мухит сўзи эса арабча “океан”, “уммон” маъноларини англатади.

Адабий мухитнинг юзага келиши йирик ижодкорлар фаолияти, улар яратган ижодий мактаблар билан боғлиқ. Адабий мухит таркибининг ўзида бир неча оким ва йўналишлар бўлиши мумкин. Адабий мухитларда эътироф этиладиган шоирлар албатта, ўз давридаги ижодкорлардан, замондошларидан ижодий алоҳидалиги, бадиий фикрлаш тарзи билан ажралиб туриши қайд этилади.

XVIII аср Хоразм адабий мухити ҳақида тўхталсак, бу даврда Хоразмда Равнак(1725-1805), Муҳаммад Тохир Хоразмий, Муҳаммади Хоксор, Насимийнинг ғазалларини ўзбек тилига таржима қилган машхур Андалиб(1710-1770), Восифийнинг “Бадоеъ ул- вақоеъ” асарини форсийдан таржима қилган, ўзбек ва форс тилларида баравар ижод этган Диловархўжа, Навоийнинг “Хамса”сидаги дostonларнинг насрий вариантларини яратган Умар Боқийлар эдилар.

XVIII асрнинг 40-йилларига келиб Хивага Эрон кўшини, унинг бошғиғи Нодиршоҳ кириб боради. XVIII асрнинг 70-йилларигача ҳокимият тепасига келган 30дан ортиқ хукмдорларнинг биронтаси мамлакатдаги вазиятни ўнглай олмайдилар.

Ана шундай бир кийин ва мураккаб даврда Умар Боқий каби адабиёт аҳллари Фирдавсий, Низомий, Саъдий, Жомий, Навоий, Фузулий сингари забардаст шоирлар ижодини ўрганишга иштиёқ билан киришиб кетдилар. 1798-йилда Муҳаммади Хоксор “Мунтахаб-ал-луғот” асрини ёзди. Мазкур луғатда Навоийнинг ўзига устоз деб билган шоирлари, шогирдлари ҳамда Навоийнинг ўз асарларидан диқатга сазовор ва XVIII аср учун мавҳум бўлган сўзлар изоҳланади. Муаллиф Навоийнинг барча асарларидан мисоллар келтиради. Хоксор ўз даврининг етук ижодкори ва ўзбек адабиётининг йирик намояндаси Мунисга устозлик қилган эди.

“Мунисул-ушшоқ” девонида шоирнинг сўз санъати борасида Алишер Навоийни пир билиб фахрланишига доир бир қанча байтларни кузатишимиз мумкин:

Сўз ичраки Навоий жаҳонгирдурур,

Мунисга маоний йўлида пирдурур

Йўқ ғайрият ондин бериким айтурлар,

Бул – Шермуҳаммад, ул – Алишердурур.

Шубҳа йўқки, XVIII-XIX аср ўзбек адабиётида Алишер Навоий ижодий меросидан баҳра олиб асар ёзмаган ижодкорнинг ўзи йўқ. Бу эса Хоксор яратган “Мунтахаб- ал-луғот”нинг ҳам қўлма-қўл ўқилгани, унга кўплаб мурожаат қилинганлигидан дарак беради.

МОРФОГЕНЕЗ СЕМЕННИКОВ ПОТОМСТВА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОИДИЗМЕ У МАТЕРИ

Азизова Ф.Х., Мадаминова Г.И., Ишанджанова С.Х., Джуманиязова Г.С.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Целью настоящего исследования явилось выяснение структурно-функциональных аспектов морфогенеза семенников у потомства в условиях экспериментального гипотиреоза у матери. Гипотиреоз у самок крыс вызывали путем введения пер мерказолила в дозе 0,5 мг на 100г массы тела в течение 21 суток. После установления устойчивого уменьшения гормонов T_4 и T_3 , самки оплодотворялись здоровыми самцами. Наступление беременности контролировали определением сперматозоидов на влажных мазках. По наступлению беременности самкам вводили поддерживающую дозу мерказолила из расчета 0,25 мг на 100г массы тела. Семенники крысят, рожденных от опытных животных изучены на 3,7,14,21, 30 и 60-сутки после рождения.

У экспериментальных крысят после рождения имело место достоверное увеличение абсолютного веса семенников, достигающего наибольшего значения в период половой зрелости. При этом на большинстве сроков исследований абсолютный вес семенников животных опытной группы был снижен по сравнению с контролем. Аналогичная закономерность установлена при анализе весового индекса мужских гонад.

Морфологические и морфометрические исследования показали, что у крысят контрольной и опытной групп после рождения отмечалось увеличение диаметра, площади поперечного среза извитых семенных канальцев, суммарного содержания сперматогенных клеток в извитых семенных канальцах, количества клеток Сертоли, которые достигали максимального уровня к периоду половой зрелости. При этом данные показатели на всех сроках исследования у животных опытной группы были достоверно снижены по сравнению с контролем. У контрольных и опытных крысят после рождения отмечалось увеличение суммарного числа сперматогоний, достигший наибольшего уровня к периоду половой зрелости.

На всех сроках исследования количество канальцев со слущенным эпителием в опытной группе достоверно превышало таковое в контроле. Отмечалось также достоверное увеличение площади интерстициальной ткани в извитых семенных канальцах, изменение числа интерстициальных эндокриноцитов на всех сроках исследования по сравнению с контролем.

Таким образом, у самок крыс с гипотиреозом рождается потомство с нарушением морфофункционального становления генеративной и эндокринной функции семенников.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ СКАНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА МОЗГА

Айтимова Г.Ю.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Ишемический инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу с образованием стойкого морфологического и неврологического дефекта, сохраняющегося более 24 часов. Хотя инсульт не является наследственным заболеванием, наследуются многие факторы риска, предрасполагающие к данной патологии.

Для локализации передней, средней и задней мозговых артерий служит «УЗ-окно» в височной области выше скуловой дуги между латеральным углом глазницы и ушной раковиной. Локацию средней мозговой артерии проводят при фокусировании УЗ-луча на глубине 45-50 мм, а передней и задней мозговых артерий – на глубине 60-70 мм. Точную идентификацию сосуда выполняют с помощью специальных компрессионных проб.

Цель: определить среднюю и объемную скорость кровотока, спектрограмму и ее составляющие. Величина кровотока (см/с) по передней мозговой артерии составляет 50 ± 11 ; по средней – 62 ± 12 ; по задней – 39 ± 10 .

Как упоминалось выше, замкнутый Виллизиев круг является хорошим прогностическим критерием при тромботических поражениях сосудов головного мозга, так как он обеспечивает коллатерализацию кровотока и позволяет сохранить устойчивое кровоснабжение отделов головного мозга. Для получения информации о наличии и функциональной состоятельности конкретных артерий Виллизиева круга используют компрессионные пробы. При кратковременном пережатии определенных участков сонной артерии, с помощью дуплексного транскраниального сканирования можно зафиксировать усиление кровотока в определенных артериях Виллизиева круга, при условии их наличия и функциональной состоятельности.

Методы исследования: Транскраниальное дуплексное сканирование проводится неинвазивно, векторным (секторным) датчиком, генерирующим импульсные колебания с частотой 1-2,5 МГц (2 МГц) через определенные доступы (окна) на поверхности головы, обеспечивающие минимальную толщину костной ткани. При проведении транскраниального дуплексного сканирования достаточно информативным является анализ доплеровского спектра, позволяющий оценить состояние транскраниальных и экстракраниальных сосудов.

Проанализированы данные 35 больных перенесших ишемический инсульт, которое обратившиеся для исследования в динамике в Железнодорожная больница г. Ургенча. Исследование проведено в УЗ аппарате «Chison», с векторным (секторным) датчиком, генерирующим импульсные колебания с частотой 1-2,5 МГц. Из них 6(19%) больных в возрасте до 40 лет, 19(54%) больных в возрасте до 50 лет, 10(27%) больных в возрасте 51 и больше. У этих больных мы провели исследования в основном транстемпоральным и трансоксипитальным доплеровским методом. В 80% случаев инсульта находились в бассейне средней мозговой артерии. Остальные случаи находились в передней, задней и других мозговых артериях. В основном инсульт находилась у мужчин в возрасте 35-50лет, у 6(19%) случае находились у женщин в возрасте 35-40лет, в большинстве случаев инсульт встречается у городских населениях.

Острое нарушение мозгового кровообращения, в частности, по ишемическому типу, является на сегодняшний день чрезвычайно распространенной патологией. В большинстве случаев причиной ОНМК является тромбоз сосудов головного мозга.

Таким образом, транскраниальное дуплексное сканирование является одним из важнейших методов диагностики состояния сосудов головного мозга, необходимым для профилактики и выявления этиологии нарушений мозгового кровообращения. Суть ТДС состоит в совместном использовании В-режима и импульсного доплеровского режима. Наличие костей черепа на пути ультразвука существенно осложняет данный вид сканирования. На ультразвуковом аппарате при ТДС используют комбинацию низкой частоты излучения, для прохождения сквозь костный слой, и импульсной доплеровской методики, для визуализации кровотока.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Айтимова Г.Ю.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Заболевание периферических артерий (ЗПА) - патология, характеризующаяся образованием бляшек в периферических артериях. ЗПА является индикатором состояния артерий и его наличие связано с повышенным риском сердечного приступа и инсульта. Несмотря на прогресс в сосудистой хирургии, лечение таких больных представляет сложную задачу, так как произвести реконструктивно-восстановительные операции

остаётся актуальной проблемой и во многих случаях консервативная терапия оказывается исчерпанным. По данным популяционного исследования, проводившегося в Швеции, распространённость поражения артерии нижних конечностей у людей в возрасте 60-90 лет составила 18%, а перемежающейся хромоты - 7%. У одной трети пациентов клинические симптомы отсутствовали. Распространённость критически ишемии конечностей была значительно ниже 0,4%. Расчётная ежегодная частота развития критической ишемии конечностей варьируется от 500 до 1000 случаев на 1 млн. населения; она выше у пациентов с сахарным диабетом. Частота атеросклероза артерии нижних конечностей тесно связана с возрастом. Она низкая в возрасте до 50 лет и резко возрастает в старшем возрасте. В Германии распространённость заболевания артерии нижних конечностей, в том числе бессимптомного, составила 3,0% у мужчин в возрасте 45-49 лет и увеличилась до 18,2% в возрасте 70-75 лет. У женщин соответствующие показатели составили 2,7% и 10,8%. Распространённость заболеваний артерии нижних конечностей отличается у мужчин и женщин, однако результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что с возрастом эта разница уменьшается. Заболеваемость также тесно зависит от возраста. У женщин заболеваемость была примерно в 2 раза ниже, чем у мужчин, однако она была сходной в пожилом возрасте.

В тезисе приведен обзор современных литературных данных о хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

Результаты некоторых исследований, опубликованных в течение последних нескольких десятилетий, свидетельствуют о снижении заболеваемости перемежающейся хромотой. Учитывая общую этиологию атеросклероза различных периферических артерий, наличие поражения сосудов одного бассейна увеличивает частоту бессимптомного и клинически явного атеросклероза другой локализации. При сборе анамнеза следует выявлять симптомы поражения различных сосудов: семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, стенокардия, симптомы, возникающие при ходьбе (например, утомляемость, судороги или боль в ягодицах, бедрах, голених или стопах), особенно если они быстро проходят в покое, любые боли в голених или стопах, которые изменяются в положении стоя или лежа, плохо заживающие язвы нижних конечностей

Таким образом, к настоящему времени в литературе описано большое количество гемодинамических, реологических, иммунных и иных факторов риска тромбозов. В медицинских изданиях постоянно излагаются новые методики оценки готовности пациента к операции, а интерпретация результатов старых тестов подвергается пересмотру. В этой связи перспективным представляется создание интегральной системы оценки риска ранних тромботических осложнений, включающей в себя результаты ряда наиболее достоверных методик, способной адаптироваться к появлению новых методов диагностики и гармонично встраивать их в существующий прогностический алгоритм.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТАТУС ЖЕЛЕЗА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Алиева П.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В настоящее время в диагностическом арсенале имеется ряд различных тестов, позволяющих анализировать различные функциональные фонды железа в организме – плазменного лабильного, депонированного запасного, которые отражаются соответственно уровнем сывороточного железа, общего пула трансферрина сыворотки и ферритина сыворотки крови.

Цель исследования- провести сравнительный анализ информативности различных тестов для диагностики дефицита железа у детей.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 223 детей дошкольного возраста обоего пола. В работе использовали методы определения общего гемоглобина (Нб) гемиглобинцианидным методом, определения уровня сывороточного железа (СЖ) батофенантролиновым методом, определение суммарного пула иммунореактивного трансферрина (ТФ) иммунохимическим методом в варианте радиальной иммунодиффузии, степени насыщения общего пула трансферрина железом (КНТ) определение уровня сывороточного ферритина (СФ) иммуноферментным методом.

Результаты и обсуждение. Наиболее чувствительными маркерами железодефицитного состояния при его выявлении являются показатель, отражающий депонированный фонд железа в организме -уровень ферритина в сыворотке крови. Так, по данному маркеру при уровне его <20.0 нг/мл дефицит железа выявляется у 183 обследованных из 223, т.е. в 82.1% случаев. Маркер трансферрина при уровне его >4.00 г/л выявил дефицит железа у 149 обследованных из 223, т.е. в 66.8% случаев. По маркеру насыщенности пула трансферрина при его уровне $<16.0\%$ дефицит железа выявляется в 58.7% случаев. По уровню сывороточного железа выявляемость дефицита железа определяется в 43.9% случаев при обследовании детей. И наименьшей информативностью обладает показатель уровень общего гемоглобина крови, по которому при уровне его <120.0 г/л, выявляемость дефицита железа составляет 38.1%. Таким образом, информативность различных тестов для выявления дефицита железа у детей распределяется следующим образом- СФ>ТФ>КНТ> СЖ>Нб.

Выводы. Анализ выявляемости дефицита железа среди детей дошкольного возраста показал, что наибольшей информативностью при выявлении дефицита железа у детей обладают показатели, отражающие запасный депонированный фонд железа в организме детей.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТА В УСЛОВИЯХ СП

Алимов А.К., Менглиева Б.Б., Самандарова Б.С.

РСНПМЦОиР, ., Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Основными причинами развития мастита у кормящей женщины являются застой молока и трещины соска. При этом создаются благоприятные условия для микроорганизмов попадающих в железу по лимфатическим путям и молочным ходам, вызывая её воспаление. Возбудители — стафилококк, стрептококк и другие микробы, проникающие в железу изо рта ребёнка, или загрязнённое бельё. Наиболее частая причина возникновения трещин сосков и лактостаза — неправильное прикладывание ребёнка к груди.

«Лактостаз» – «застой молока», которое возникает при затруднении оттока молока в определённом участке млечных протоков, где образовавшаяся молочная пробка, препятствует прохождению новообразовавшегося молока. Напряжение приводит к отёку ткани молочной железы. Вслед за этим наступает уплотнение ткани, болезненность, покраснение и подъем температуры. При длительной отсрочке лечения лактостаз может переходить в неинфицированный мастит, а тот в свою очередь может переходить в гнойный мастит.

Материалы и методы обследования. В течении месяца в кабинет маммолога в поликлинике Хорезмского филиала РСНПМЦРиО с проблемой лактостаза обращаются около 56 женщин и из их у 4% патология перешедшая на стадию мастита. В Хорезмский филиал РСНПМЦРиО в 2019 году в январе обратились 34, в феврале 56, в марте 78, в апреле 61, в мае 47, июне 39 женщин с проблемой лактостаза. Из обратившихся женщин у 3-х в марте, 4-х в мае, 2-х в июне обнаружены процессы гнойного мастита. После курса консервативного лечения всего 4 женщины были прооперированы в отделении септической хирургии областной больницы Хорезмской области. Остальных 5 женщин гнойный мастит был вылечен консервативным путём.

Лечение. Было назначено местное и системное лечение. при этом в первом этапе лечения пункционным путём был получен биологический материал для посева в бак. лаборатории и определения чувствительности на антибиотики бактерий в биологическом материале. Затем были назначены антибиотики широкого спектра действия. Местно назначается гипертонический компресс на водке после отсасывания молока с помощью молокоотсоса 6-7 раз в сутки. Ребёнок в период лечения в стадии гнойного мастита переводится на искусственное вскармливание. Через 5-тидневой консервативной терапии проводится пункция уплотнённых участков молочных желез под контролем УЗИ. В случае если в определённых участках молочных желез остаются гнойнички или гнойная полость опорожняется недостаточно, компресс назначается 7-8 раз в сутки на 3 дня и в зависимости от ответа анализов чувствительности проводится коррекция антибактериальной терапии.

ҚОВУҚ-ПЕШОБ НАЙИ РЕФЛЮКСИНИ ЭНДОПЛАСТИКА УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Алимова З.Қ., Алимов М.М., Якубов Э.А., Бўриева Н.М., Собиров Э.А.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини

Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси

Муаммонинг долзарблиги. Ҳозирги даврда урологик туғма нуқсонларни эндоурологик усулда даволаш муваффақиятли адо этилмоқда. Эндоурологик жарроҳлик услублари ўзининг кам жароҳатлилиги, тез ва қулай бажарилиши, натижаларнинг ижобийлилиги билан алоҳида янги йўналиш яратди.

Материал ва услублар. ТошПТИ Госпитал болалар хирургияси кафедраси клиник базаси бўлган Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик шифохонасида 2013–2018 йилларда 3 ойликдан 18 ёшгача бўлган 79 нафар беморда қовуқ-пешоб найи рефлюкси (ҚПНР) эндопластика усулида бартараф этилди. Операция олд тайёргарлиги мақсадида пиелонефрит белгилари бўлганларга анитибактериал, инфузион даво ўтказилди. IV–V даража ҚПНРда 6 ой давомида қовуқга катетер қўйилиб уросептиклар берилди. Хамма беморларга 10 кун давомида медикамент десенсибилизация ўтказилди.

Натижа ва муҳокама. 38(48,1%) нафар беморда бир томонлама, 41(51,9%) нафарида эса икки томонлама; 26(32,9%) тасида бирламчи, 53(67,1%)тасида эса иккиламчи (Коен усулида – 2; Политано-Ледбеттер бўйича – 51 неоцистоуретеро анастомоз ўтказилгандан сўнг) бўлган ҚПНРда STING, НИТ-1, НИТ-2 усулларида эндопластика ўтказилди. Қовуқ экстрофиясида ҚПНР бўлган 7(8,9%), ягона буйракдаги ҚПНР бўлган 12(15,2%) нафар беморда ижобий натижага эришилгани ахамиятлидир. 21(25,3%)нафар беморда 2 мартадан, яъни IV–даража ҚПНР бўлганларда босқичма-босқич қайта пешоб оқимини тўхтатиш муолажалари бажарилди. 2(2,5%) та беморда натижа бўлмади.Бирламчи ҚПНРнинг I–III даражаси, иккиламчисининг субмукоз қавати 1,0см. дан юқори бўлганлари STING усулида, бирламчи ҚПНР IV–V даражалари,иккиламчиҚПНРнинг субмукоз қавати 1,0см. гача бўлганлари НИТ-1, НИТ-2 услубларида эндопластика ўтказилгандан кейин ижобий натижага эришилди. Бизнинг амалиётда Коен усулида неоцистоуретероанастамоздан кейинги ҚПНРларини эндопластика йўли билан бартараф қилиш имкони бўлмади.

Хулоса. ҚПНРнинг қуйида келтирилган турларида эндопластика усулида даволаш ижобий натижаларга эришиш имконини яратди: консерватив даво натижа бермаган бирламчи ҚПНРнинг I–IIIдаражалари; сийдик найи пастки тешигининг экстравезикализацияси бўлмаган бир ёки икки томонлама ҚПНРнинг IV–V даражалари; ягона функция бажараётган буйракдагиҚПНР;Политано-Ледбеттер опеарциясидан кейинги ҚПНР.

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ

Алимухамедова М.Р, Шарипова И.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение: Лечение больных тяжелыми формами ОРЗ которые часто осложняются бронхообструктивного синдрома у детей представляет большие трудности: помимо противогриппозных препаратов (ремантадин, арбидол и т.д.), специфических иммуноглобулинов, препаратов интерферонов, антибиотиков, гормонов, оно включает ряд других патогенетических средств, действие которых направлено на коррекцию нарушенных функций организма. При этом используется новый отечественной препарат антиоксидант полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, что способствует снижению частоты тяжелых и осложненных форм, неблагоприятных исходов инфекции, сокращению сроков госпитализации.

Материалы и методы: Была изучена терапевтическая эффективность антиоксидант полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, при лечении детей больных ОРЗ, осложненными бронхообструктивным синдромом.

Объектом исследования были больные дети в возрасте от 1 до 5 лет, госпитализированные в детское отделение клинику Ургенчского филиала ТМА. Всего обследовано 88 больных полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, при лечении детей больных ОРЗ, осложненными бронхообструктивным синдромом при лечении 40 больных ОРЗ, осложненными бронхообструктивным синдромом.

При этом 80% больные перенесли заболевание среднетяжелой форме и только 20% - в тяжелой форме (на фоне полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом,), 30 больные получали кроме базисной терапии (БТ). В группе контроля на БТ было 20 детей с аналогичной патологией.

Результаты: У больных с респираторными заболеваниями при использовании полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, в отличии больных которые получали только базисную терапию, отмечалось более быстрое улучшение общего состояния, уменьшение признаков интоксикации и гипоксии головного мозга.

Положительный эффект полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, на функциональные изменения миокарда и легких. Доказано он способствовал достоверно более частой и положительной динамике и реже отмечалось негативная тенденция при анализе изученных показателей. Нужно отметить положительное влияние полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, на восстановление внешнего дыхания по сравнению с группой клинического контроля.

Выводы: Полиоксидоний, а также ингаляция верхних дыхательных путей с небутамолом, является современным и высокоэффективным средством для борьбы с интоксикацией и тканевой гипоксией.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Аллаярова С.Д., Машарипова Ю.К.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

При плановых операциях часто проводятся специальное лечение и подготовка больного для предупреждения осложнений во время и после операции. В комплексе мероприятий, подготавливающих больного к операции, применяется лечебная физическая культура.

В предоперационный период из-за волнения, связанного с ожиданием операции, могут происходить различные нарушения функции внутренних органов. Занятия ЛФК в предоперационный период улучшают нервно-психическое состояние больного.

Послеоперационный период лечения начинается с момента окончания операции. В этот период вследствие оперативного вмешательства происходит ряд изменений в деятельности организма. Изменения деятельности отдельных органов и систем организма могут привести к послеоперационным осложнениям. ЛФК предупреждает послеоперационные осложнения, нормализуя нарушенные функции организма, активизируя моторно-висцеральные рефлексy, повышает процессы жизнедеятельности внутренних органов, в частности функцию сердечнососудистой и дыхательной систем.

Противопоказанием для ЛФК: общее тяжелое состояние, высокая температура тела, стойкая боль, опасность внутреннего кровотечения. В I периоде основное внимание уделяют обучению упражнениям раннего послеоперационного периода, применяя упражнения для развития грудного дыхания, общеукрепляющие динамические и статические — для конечностей и туловища, для мышц передней брюшной стенки. ИП— лежа, сидя, стоя. II период — ранний послеоперационный. Лечебную гимнастику назначают в первые часы после операции, применяя дыхательные упражнения статического характера, приемы откашливания, динамические упражнения для кистей, стоп. Строгий постельный режим соблюдают 1-е и 2-е сутки. Затем разрешают присаживание на кровати. На 2-3-й день включают упражнения в диафрагмальном дыхании; упражнения для промежности, чередуя сокращение и расслабление, повороты туловища. Продолжение процедуры 5-6 мин 3-4 раза в день. III период — поздний послеоперационный. В III периоде на палатном режиме разрешены положение сидя, ходьба в палате и отделении. В процедурах применяют упражнения для рук, ног, туловища, дыхательные упражнения статического и динамического характера. Упражнения для мышц брюшного пресса в ИП лежа и сидя. Продолжительность процедуры — 7-12 мин 2-3 раза в день. IV период — отдаленный послеоперационный. В IV периоде занятия в поликлинике. Применяют разнообразные упражнения общетонизирующие. Используют ходьбу, терренкур, элементы спортивных игр.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аллаярова С.Д., Машарипова Ю.К.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Лечебная физкультура является необходимым средством профилактики и лечения заболеваний органов пищеварения, так как небольшие и умеренные мышечные напряжения стимулируют основные функции ЖКТ, способствуя улучшению его работы.

Занятия по ЛФК способствуют: улучшение крово- и лимфообращения в брюшной полости; укрепление мышц брюшного пресса; общетонизирующее действие.

Показания: гастриты с повышенной, пониженной и нормальной кислотностью; хронический колит с запорами; дискинезия желчевыделительной системы; геморрой; опущение внутренних органов.

Самое распространённая болезнь среди заболеваний органов пищеварения является гастриты. Лечение и реабилитация при хроническом гастрите носят комплексный характер и включают следующие мероприятия.

1. Медикаментозное лечение, направленное на ликвидацию воспалительного процесса и оказывающее воздействие на механизмы развития патологического процесса.
2. Занятия ЛФК (УГГ, ЛГ, терренкур, подвижные игры, элементы спортивных игр).
3. Диета (лечебное питание и соблюдение режима питания).
4. Ликвидация профессиональных и других вредных привычек.
5. Физиотерапия.
6. Местное воздействие на слизистую оболочку желудка (масло шиповника или облепихи, минеральная вода).

В период обострения хронического гастрита ЛФК назначается в стационаре после стихания процесса обострения.

Курс ЛФК в стационаре включает 10-12 занятий. Первые 5-6 занятий ЛГ проводятся с малой нагрузкой; исключаются упражнения для мышц брюшного пресса. Последующие занятия, при улучшении состояния больного, выполняются со средней нагрузкой. Помимо гимнастических упражнений больным показана обычная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями. Помимо ЛФК для больных хроническим гастритом весьма эффективен сегментарный массаж, который назначается в первые 3 дня. При этом воздействуют на паравертебральные зоны в области спинно-мозговых сегментов С3-С8 – слева. Курс массажа – 8-10 процедур. Используются следующие формы ЛФК: УГГ, ЛГ, терренкур, ходьба, дозированный бег, подвижные игры, пешие прогулки, ближний туризм, плавание, гребля, лыжные прогулки, спортивные игры. Дозировка физических нагрузок осуществляется в соответствии с физической подготовленностью больных.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Аллаярова С.Д., Юсупова М.А

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде являются одним из тяжелых осложнений, при которых возможна гибель матери и плода. Врачи любой специальности должны знать о причинах такой патологии, заподозрить ее и в ряде случаев оказать неотложную помощь.

Причины кровотечений во II половине беременности является предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП); разрыв сосуда при оболочечном прикреплении пуповины, пузырьный занос, разрыв матки, расширение вен влагалища. Самая грозная причина акушерских кровотечений является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Под ПОНРП подразумевает такая патология, при которой плацента, будучи расположенной на обычном месте, отслаивается раньше рождения плода. Данное осложнение встречается с частотой 0,5 - 1,5% случаев. В 1/3 случаев преждевременная отслойка плаценты сопровождается обильным кровотечением, с развитием соответствующих осложнений в виде геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Причины, которые приводят к возникновению преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты условно можно разделить на две группы. Первая группа - это причины, которые непосредственно способствуют развитию данного осложнения. Вторая группа причин - это факторы, провоцирующие возникновение преждевременной отслойки плаценты на фоне уже существующих нарушений. Клиника ПОНРП: боли, кровотечение, резко болезненное выпячивание над гематомой, слабость,

головокружение, рвота, кожа холодная, влажная и бледная, дыхание учащено, пульс частый, артериальное давление снижено. Диагностика основана на выявлении кровяных выделений из половых путей во время беременности или в родах на фоне повышенного тонуса и изменения формы матки, болей в животе в сочетании с признаками нарастающей кислородной недостаточности плода, жалобы пациентки, данные анамнеза, клинического течения осложнения, а также результаты объективного, инструментального и лабораторного исследования.

В областном перинатальном центре Хорезмской области в 2015-году отмечено - 91, в 2016-году - 101, 2017-году - 83, в 2018-году 100 случаев ПОНРП. Таким образом в настоящее время увеличивается заболеваемость ПОНРП, приводящее к акушерским кровотечениям.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Атажанов Х.П.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста врожденные пороки сердца (ВПС) и сосудов занимают главенствующее место, встречаясь среди новорожденных всех стран, независимо от географического положения последних, уровня социальной защиты населения, качества медицинского обеспечения (Макарова В.И., 2003; Мутафьян О.А., 2005; Школьникова М.А., 2005). ВПС составляют не менее 30% всех врожденных пороков развития (ВПР) и их удельный вес возрастает с течением времени. ВПС становятся причиной примерно 11% младенческих смертей и до 50% всех смертей, связанных с пороками развития (Школьникова М.А. и др., 2003; Бокерия Л.А. и др., 2007; Нечаева А.А., 2012). Распространенность ВПС, по данным различных исследований, колеблется от 4 до 50 случаев на 1000 живорожденных младенцев (Hoffman J.I., Kaplan S., 2002). Социальная значимость проблемы определяется тем фактом, что среди врожденных аномалий развития, приводящих к инвалидности, врожденные пороки сердца составляют около 50%. (Л.А.Бокерия, 2003; Л.И. Меньшикова, 2003).

Цель исследования.

Провести клинико-инструментальный анализ нарушений ритма и проводимости сердца у детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения для прогнозирования риска возникновения послеоперационных аритмий в зависимости от исходных факторов.

Задачи исследования

1. Изучить структуру ВПС, частоту аритмий у детей после коррекции ВПС в условиях искусственного кровообращения от исходных до- и интраоперационных факторов.

2. Оценить динамику ЭКГ показателей у детей с ВПС до и после коррекции ВПС в условиях искусственного кровообращения.

3. Проанализировать течение и прогноз нарушений ритма и проводимости сердца в раннем послеоперационном периоде. Выделить группу жизнеугрожающих аритмий, выявить возможность их развития и изучить влияние этих аритмий на течение раннего послеоперационного периода. **Методы исследования.**

35 детей с ВПС с проведённой хирургической коррекцией

Методы исследования:

1. Диагностика ВПС на основании данных анамнеза, результатах клинического осмотра и данных рентгенологических методов исследования.

2. Электрокардиографическое обследование (ЭКГ) в 12 общепринятых стандартных отведениях).

3. Эхокардиографическое исследование .

Научно практическая значимость работы.

Возникновение АБУЭТ после сложных оперативных вмешательств, сопровождающихся пластикой ДМЖП, приводит к увеличению длительности пребывания в отделении кардиореанимации, времени искусственной вентиляции легких и времени кардиотонической поддержки, а также является самостоятельным предиктором послеоперационной летальности.

Опубликованность результатов исследования.

По теме магистерской диссертации опубликовано 4 тезиса и 1 статьи.

Структура и объём магистерской диссертации.

Магистерская диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждений, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация изложена на 82 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 8 таблицами и 12 диаграммами, 5 рисунками, библиография содержит 82 источника, из них 52 отечественной, и 30 зарубежной литературы.

Выводы.

1. Распределение больных в группы по принципу сложности ВПС и конфликтности проводящей системы сердца (синусового узла и АВ-соединения) прогнозировать вариант аритмий и частоту их возникновения после коррекции ВПС.

2. При вмешательстве в области синусового узла ЧАДЛВ с ДМПП, изолированного ЧАДЛВ в ВПВ) наиболее частым нарушением ритма является дисфункция синусового узла (59%), которая у всех больных носит обратимый характер.

3. Возникновение АБУЭТ после сложных оперативных вмешательств, сопровождающихся пластикой ДМЖП, приводит к увеличению длительности пребывания в отделении кардиореанимации, времени искусственной вентиляции легких и времени кардиотонической поддержки, а также является самостоятельным предиктором послеоперационной летальности.

IMPORTANCE OF ARTHROSCOPY IN THE ENTHESOPATHIES OF THE POPLITEAL MUSCLE.

Atajanov M.Kh., Ollaberganov M.I.

Urgench branch of Tashkent medical academy.

Enthesopathy is dystrophy of connecting of tendons, aponeurosis, joint's capsule with bone. The causes of this pathology is considered periarticular trophic frustration which is called endocrinologic, metabolic, and neuroreflector modification.

Although, there are several type of modern diagnostic methods, main method of diagnosing knee joint pathologies is considered clinical examination. However, there are many difficulties that clinic-morphological likeness between injuries of soft tissues, investigating of its heaviness stage and character of inflammation. So, shortcomings of diagnostic category's capacity which is discussing reached to 74-81%. (4) Intention of this investigation is diagnosing of enthesopathy of the popliteal muscle.

MATERIAL AND METHODS. Diagnosis and treatment results that is done in 2017-2019 years of 17 patient who have trauma of the lateral meniscus are analysed in the clinic Med Complex in order to perform aim. Majority of these patient participated with sport regularly especially football, volleyball free style wrestling. Majority of patients were 20-29 years old and distance between injuring and applying to physician accounted for 1 and 6 month. Clinic examinations include estimating of tumor, pain and its lasting. Modern instrumental methods that is MRI, KI and ultrasonography are performed.

RESULTS AND DISCUSSION. The percentage of patient who is diagnosed by only clinic examination and investigate enthesopathy of popliteal muscle account for 9.8%. Besides

,the patients diagnosed with injury of lateral meniscus and distorsion of knee join, figures are 70.7% and 20% respectively. According to results of US which is conducted as addition, 96.2% patients diagnosed with injury of lateral meniscus back branch, 1,5% patient with injury of lateral meniscus front branch and 2.3% patient with peritendonal cysts. After using MRI. It is conformed that the diagnosis are 67.7% of injury of lateral meniscus, 11.5% of meniscytes, 20,8% of injury of lateral meniscus back branch.

The results indicate that patient did not diagnose exactly until 6 months, in our opinion the cause of this problem that there is not any perfectly diagnostic methods which investigate enthesopathy of popliteal muscle. It is possible that investigating enthesopathy of popliteal muscle by ultrasonography and MRI, Possibility of this methods are limited, it is impossible that investigating all elements of joint by ultrasonography and MRI. Arthroscopy is performed in all patients after clinic examinations and special methods and enthesopathy of popliteal muscle is investigated in all patients. Arthroscopic subtotal resection of synovial membrane of popliteal muscle tendon is performed in all patients. Action of knee joint improved after performing of arthroscopic subtotal resection.

SUMMARY. The purpose of this work was comparative evolution of the diagnostic efficacy of arthroscopy in treatment of enthesopathy of popliteal muscle tendon. It was established that in the enthesopathies of popliteal muscle tendon of the lateral meniscus the clinical diagnosis examinations with use of ultrasonography, MRI, diagnostic value of arthroscopy is very high. Its application provides conditions for prognosis of disease development, efficacy of the therapeutic measures and unfavorable outcome of the rehabilitation.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Атажанова Ш.Р., Рузметова С.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Среди причин, приводящих к увеитам лидирующее место занимают системные заболевания соединительной ткани. Хроническое и рецидивирующее течение данной патологии требует применение пролонгированных глюкокортикостероидных препаратов.

Цель. Оценить клинико- инструментальную эффективность препарата Дипроспан в комплексном лечении увеитов при системных заболеваниях соединительной ткани.

Материалы и методы. Были обследованы 24 (48 глаз) пациентов увеитами при системных заболеваниях соединительной ткани, которые были разделены на 2 группы. В I группе (контрольная) – 12 пациентов, которым назначались мидриатики, НПВС и дексаметазона в каплях. Больные II группы (основная) – 12 пациента, которые кроме традиционной терапии, получали Дипроспан. Через 4 недели пациенты обеих групп были повторно обследованы.

Результаты исследования: При обследовании были выявлены следующие показатели: у больных контрольной группы острота зрения 0(ноль) –(3 глаза), $1/\infty$ pr. certa— 0,02 (12 глаз), 0,03— 0,09 (3 глаза), 0,1— 0,3 (2 глаза), 0,4— 0,6 (2 глаза), 0,7—1,0 (2 глаза), основной группы 0(ноль) –(2 глаза), $1/\infty$ pr. certa— 0,02 (13 глаз), 0,03— 0,09 (5 глаза), 0,1— 0,3 (2 глаза), 0,4— 0,6 (2 глаза), 0,7— 1,0 (0). На 14 глазах границы поля зрения были сужены на $10-40^{\circ}$. При В-сканировании у 16 больных выявлено деструкции стекловидного тела. При повторном осмотре отмечено повышения остроты зрения: у пациентов контрольной группы 0 (ноль) – (3 глаза), $1/\infty$ pr. certa — 0,02 (7 глаз), 0,03— 0,09 (6 глаз), 0,1— 0,3 (5 глаза), 0,4— 0,6 (4 глаза), 0,7— 1,0 (3 глаз), основной группы 0 (ноль) – (2 глаза), $1/\infty$ pr. certa — 0,02 (5 глаз), 0,03 — 0,09 (6 глаза), 0,1 — 0,3 (4 глаза), 0,4 — 0,6 (5 глаза), 0,7 — 1,0 (2 глаза). Границы поля зрения расширились у пациентов контрольной группы на $5-10^{\circ}$, основной группы на $10-15^{\circ}$. Ультразвуковые исследования

показали положительную динамику состояния стекловидного тела у 15% пациентов контрольной группы и у 36% пациентов основной группы.

Вывод: Применение Дипроспана приводит к повышению остроты зрения, расширению полей зрения и оказывает положительный эффект на воспалительные и деструктивные процессы в стекловидном теле.

НИЗКОДОЗИРОВАННАЯ СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Аташев А.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

При травматологических и ортопедических операциях, применяются различные виды анестезиологического пособия, однако крайняя вариабельность возрастного состава пациентов и сопутствующей соматической патологии, требует индивидуального подхода при выборе метода анестезии. В тоже время высокая эффективность регионарной анестезии (РА) подтверждена в значительном количестве международных контролируемых клинических исследований.

По данным Кокрановской базы, преимущество методов РА перед общей анестезией в травматологии и ортопедии убедительно доказано с позиции доказательной медицины - использование эпидуральной и спинальной анестезии приводит к снижению месячной смертности по сравнению с применением общей анестезии (6,8 и 9,4% соответственно).

Цель исследования – изучить влияние низкодозированной спинальной анестезии 0,5% раствором лонгокаина хеви, на основные системы жизнеобеспечения пациентов травматологического и ортопедического профиля.

Низкодозированная спинальная анестезия (САН) выполнялась в условиях спонтанного дыхания с инсуффляцией кислорода с умеренной контролируемой седацией, при операциях на тазе и нижних конечностях. Пункцию субарахноидального пространства выполнялась на уровне L_{II} - L_{IV} в положении на боку, интратекально вводился 0,5% гипербарический раствор лонгокаин хеви, оригинальный гипербарический раствор с плотностью 1,026 в дозе 10 - 12,5 мг. С целью профилактики эмболических осложнений и тромбозов, а также артериальной гипотонии связанной как с самой анестезией, так и особенностями оперативного вмешательства, проводили инфузионно – трансфузионную терапию с использованием принципа малообъемной инфузионной терапии Реосорбилактом (6 – 8 мл/кг) и 0,9% натрия хлора, в случае необходимости применяли протокол массивной гемотрансфузии. Об эффективности обезболивания судили по общепринятым клиническим признакам, частоте сердечных сокращений, среднему динамическому давлению, сатурации кислородом, частоте дыхания, которые контролировали с помощью мониторинга. Центральную гемодинамику изучали с помощью эхокардиографии.

Полученные результаты позволили сделать следующее заключение: спинальная анестезия низкими дозами 0,5% раствора лонгокаина хеви, безопасный и высокоэффективный метод анестезиологического пособия в травматологии и ортопедии, обеспечивает надежную ноцицептивную защиту пациента на все протяжении оперативного вмешательства. Малообъемная инфузионная терапия Реосорбилактом, обеспечивает надежную стабильность гемодинамического профиля на всех этапах операции.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Аташев А.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Кровотечения по-прежнему является основной причиной смерти у пациентов с травмой и проникающими ранениями грудной и брюшной полости. Принципы лечения кровотечений включают хирургический контроль и реанимационные мероприятия. Последнее включает в себя не только кристаллоидную и коллоидную инфузию, но и терапию компонентами крови. Первоочередной задачей интенсивной терапии кровотечений, является раннее и своевременное устранение дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Что способствует стабилизации гемодинамического профиля и улучшает доставку кислорода к тканям.

Среди инфузионных сред при восполнение острой кровопотери используются кристаллоиды, коллоиды (гидроксиэтилированный крахмал - ГЭК) и компоненты крови. В связи со значительными осложнениями ГЭК связанными с их влиянием на систему гемостаза и функцию почек, они используются только в случае неэффективности кристаллоидных препаратов.

В настоящее время, рассматривается другой перспективный путь решения проблемы коррекции геморрагического шока – применение принципа малообъемной инфузионной терапии и гипотензивной реанимации. В связи с тем, что агрессивная массивная инфузионная терапия неизбежно приводит к развитию поликампамент синдрома.

Цель - изучить влияние Реосорбилакта на основные системы жизнеобеспечения у пациентов с массивной кровопотерей в травматологии и хирургии. Исследования проводили у пациентов с массивной кровопотерей в объеме 1500 – 2000 мл (30 - 40% от ОЦК). С целью инфузионной терапии применяли Реосорбилакт (13 – 15 мл/кг), 0,9% раствор натрия хлорида (20 мл/кг) и компоненты крови (эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма).

Скорость инфузионной терапии составляла более 80 мл/мин. Внутривенную инфузию начинали с Реосорбилакта. Учитывая что, переливание гипертонического раствора превышающим давление плазмы более оправданное, при этом увеличивается скорость перехода внеклеточной жидкости в сосудистое русло и, тем самым, создается стабильный гемодинамический профиль. Следующим этапом, явилась коррекция дефицита объема внеклеточной жидкости и “кислородной емкости крови” - кристаллоидные растворы и компоненты крови. Коррекция метаболического ацидоза происходила за счет нахождения в составе Реосорбилакта натрия ацетата. Изменения объема внеклеточной жидкости на этапах восстановления, указывала на хороший волемический эффект Реосорбилакта.

Первостепенная целенаправленная гемодинамическая поддержка с применением малообъемной гипертонической инфузией Реосорбилактом, позволяет достичь стабилизации гемодинамики, меньшим объемом инфузии, за счет интерстициального перераспределения жидкости в сосудистое русло.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ахмедов Р.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: Анализ результатов операции разобщения у детей с портальной гипертензией.

Материалы и методы: В работе представлен анализ лечения 72 больных детей с портальной гипертензией (ПГ) осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, наблюдавшихся в отделении детской хирургии РНЦЭМП ХФ с 2005 по 2015 годы. Из них оперировано 52 (72%). Возраст больных колебался от 3 до 18 лет, среди них было 30 (57,6%) мальчиков и 22 (42,4%) девочек. У 18 (34,6%) больных ПГ обусловлена циррозом печени (ЦП) и у 34 (65,4%) – внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). В зависимости от стадии по Чайлду все больные разделены на три группы «А» «В» и «С». В группу «А» условно включены 25 (48%) больных с ВПГ и 9 (17%) – ЦП, у которых на момент поступления при объективном осмотре асцит и желтуха отсутствовали. Группу «В» составили 12 (23%) больных с умеренным асцитом и выраженной желтухой. В остальных 6 (11,5%) случаях, дети, поступившие в клинику тяжелом состоянии, вошли в группу «С».

После диагностики ВРВ пищевода при urgentной эндоскопии, всем больным с продолжающимся кровотечением незамедлительно устанавливали зонд обтуратор Блекмора с одновременным проведением инфузионно-трансфузионной терапии. В результате консервативной терапии временный гемостаз достигнут у 42 из 52 больных (80,7%). У 10 (19,2%) больных эффекта от консервативной терапии не было. Ввиду продолжающегося кровотечения по экстренным показаниям оперировано 6, им произведена: операция Пациора в 2х случаях, операция Назирова – в 4х случаях. Остальным 4 (гр. С) в тяжелом состоянии было произведено эндоскопическое лигирование ВРВ, из них двое умерло от печеночной недостаточности и анемии.

После удаления зонда обтуратора рецидивы кровотечения в сроки от 6 часов до 4 суток развились у 18 (34,6%). 14 из них (26,9%) (8 – гр. «А» и 6 – гр. «В») оперированы в отсроченном порядке. Им была выполнена операция Пациора в 3 случаях, Таннера-Баирова в – 4, и операция Назирова – в 7 случаях. В 4 случаях (гр. «С») – интравазальное эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода с достижением непосредственного гемостатического эффекта у 2 больных. Двое, находящиеся в крайне тяжелом состоянии, несмотря на проведенный повторный комплекс консервативных мероприятий, умерли от прогрессирования печеночной недостаточности.

После стабилизации состояния больных, в соответствии с принятыми стандартами – дети готовятся на операцию порто-системного шунтирования. В случаях отсутствия пригодных к анастомозированию сосудов, 17 (32,62%) пациентам выполнены операции разобщения с спленэктомией. Из них в 7 (13,4%) операция Назирова, в 5 (9,6%) – операция Пациора, в 5 (9,6%) операция Таннера-Баирова.

Результаты. В отдаленные сроки наблюдения обращали внимание на повторные кровотечения и степень регрессии флелектазий. Для этого больные обследовались каждые 6 месяцев после операции, с целью чего проводили контрольную ФЭГДС.

После операции Пациора в сроки 9-14 месяцев рецидив кровотечения отмечен у 2 детей (8,6%), через 2 года – еще у одного больного (1,9%). Из 9 больных, которым выполнена операция Таннера-Баирова у одного через 16 месяцев, вновь повторилось кровотечение, рецидив кровотечения составил 1,9% наблюдений.

После операции Назирова рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Контрольное обследование показало несомненный регресс флелектазий. Через 6 месяцев после операции Пациора у двух детей в субкардиальном отделе сохранились

узлы. У одного ребенка, который поступил через 9 месяцев после операции с пищеводным кровотечением, в средне-нижней трети пищевода выявлялся один ствол диаметром 0,4 см, с выраженным эрозивным эзофагитом.

Наилучшие результаты были получены у больных после операции Таннера-Баирова и Назирова. Так у 12 (23%) детей через 6 месяцев степень вариксов расценена как 2, у 13 (25%) вариксы не определялись.

В сроки от 6 до 36 месяцев у пациентов после операции Таннера-Баирова и Назирова эндоскопически продолжалось уменьшение степени флэбэктазий, полностью исчезли признаки эрозивного и рефлюкс-эзофагитов. Сохранившиеся вариксы легко спадались, не были напряженными и не могли расцениваться, как угроза кровотечения из них.

Заключение: У детей с ПГ при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка, лечение необходимо начинать с консервативной терапии с применением зонда-обтуратора. Остановка кровотечения при стабильном состоянии должно быть показанием к ПСШ. При отсутствии эффекта от консервативной терапии или в случаях, когда ангиоархитектоника сосудов бассейна воротной вены не пригодна к ПСШ – эффективной остановки кровотечения можно добиться с помощью разобщающих операций. Среди них предпочтительными считаем операцию Назирова или Таннера-Баирова.

НАРУШЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ахмедова М.М., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.

Самаркандский медицинский институт,

Цель работы: изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

Материал и методы исследования: изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke. О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Годорову (1963).

Полученные результаты: У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до $0,37 \pm 0,013$ по сравнению со здоровыми детьми $0,450 \pm 0,038$ ($p < 0,001$) и у больных пневмонией без ДЗМН $0,430 \pm 0,021$ ($p < 0,05$). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до $0,97 \pm 0,17$ мл/сек ($p < 0,05$), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств. Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до $9,0 \pm 1,18$ ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $42,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$). Уменьшение экскреции титруемых кислот до $23,37 \pm 4,25$ ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей $51,0 \pm 2,8$ ммоль/с ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $48,8 \pm 2,2$. ($p < 0,05$). Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до $244,0 \pm 1,8$ мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми $110,0 \pm 10,5$ ($p < 0,001$), и с группой детей пневмонией без ДЗМН $130,0 \pm 11,5$ ($p < 0,05$), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

Выводы: у больных пневмонией с ДМН отмечаются функциональные нарушения почек (увеличение концентрации нефротоксических метаболитов, уратов, оксалатов, мочевой кислоты) достигают величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии не наблюдается нормализация этих показателей, что необходимо дальнейшее обследование больных.

ЛЕПТИН ГОРМОНИ ВА РЕПРОДУКЦИЯ МУАММОЛАРИ

Ахмедова Ф., Ахмедова З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Лептин гормони паст молекуляр массали а-спирал оксил (16 кДа, 167 аминокислоталар) у кристал таркибига кўра ситокинлар оиласига киради. Лептин молекулалари қонда ҳам эркин, ҳам бошқа оксилларга боғланган ҳолда сақланади. Лептин нейроэндокрин тизим метаболизмини ва функцияларини, шу жумладан гипофиз, гипоталамус, буйрак усти безлари ва иммунитет тизимини тартибга солишда муҳим роль ўйнайди.

Адиipoцитлар томонидан ишлаб чиқарилган лептин гипоталамус ядроларидаги LRб лептин рецепторларининг изоформи билан ўзаро таъсир қилади, метаболизмни фаоллаштиради, симпатик асаб тизимининг тонусини, қалқонсимон без функциясини, жинсий гормонлар ва ўсиш гормонларини синтезини оширади. Лептин Т-ҳужайралардаги LRб-ни фаоллаштириш орқали иммунитет реакциясини кучайтиради, шунингдек, инсулин сезгирлигини оширади ва очлик (тўйинганликни) ҳиссини ингибирлаш орқали тана вазнини бошқаради.

Сўнги йилларда лептиннинг сурункали яллиғланиш жараёнлари ва дегенератив касалликларни, шу жумладан аутоиммун патологиялари, 2-тоифа диабет ва саратон касаллигини кўзгатиш ва тартибга солишдаги иштироки тўғрисида экспериментал маълумотлар пайдо бўлди. Одамларда лептин оқ ва жигарранг ёғ тўқималари, скелет мушаклари, ошқозон ва йўлдошнинг ҳужайралари томонидан синтезланади. Тери ости ёғ клетчаткасининг адиipoцитлари висерал ёғларга қараганда 2,5 баравар кўпроқ лептин ишлаб чиқаради. Лептин гипоталамусдаги очлик ва тўйиниш марказларига таъсир қилиб, энергия гомеостазини тартибга солишда иштирок этади ва очлик туйғусини келтириб чиқарадиган нейропептид Y нинг биосинтези ва чиқарилишини камайтириши натижасида тана вазнини назорат қилади. Лептин секрецияси, бошқа гормонлар сингари, ўзгарувчан: унинг энг юкори даражаси пешин атрофида бўлиб, кузатилади ва минимал даражаси ярим кечадан кейин кузатилади. Тадқиқотчилар семиришда гипоталамуснинг лептин таъсирига нисбатан компенсацион қаршилиги юзага келади, бу эса кейинчалик салбий алоқа механизми билан гиперлептинемияга олиб келади деб ҳисоблашади. Лептин адиipoцитлар ва ошқозон ости бези P ҳужайралари ўртасида боғловчи бўғин бўлиб, инсулинга сезувчанлик пасайганда инсулин секрециясини рағбатлантиради, деб ҳисоблашади.

Менопаузадан кейинги даврдаги аёлларда ёғ тўқималарининг ҳажмидаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда, лептин даражаси ва инсулин қаршилиги даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланган. In vitro ҳам in vivo тадқиқотларида лептин ўсиш омили вазифасини бажариши, ангиогенез, гемапоэтик ҳужайралар ва ошқозон ости бези P ҳужайраларининг кўпайишини рағбатлантириши аниқланган.

Бундан ташқари, гипоталамусда Y нейропептид синтезини пасайтириш орқали лептин гипофиз безида ўсиш гормони секрециясини рағбатлантиради. Лептин даражаси ёғ тўқималарнинг етарли миқдорда тўпланиши сигнал белгиси деб ҳисоблашади. Ушбу жараён балоғатга етиш, ҳайз даврининг мунтазамлиги учун зарур ва кўпайиш қобилятини таъминлайди. Препубертал даврда соғлом болаларда лептин миқдори тана вазнининг ўсиши билан бирга ошиб, балоғат даврида максимал даражага кўтарилади. Бунда лептинга жинсий балоғатга етишиш омиллардан бири сифатида қаралади.

ЛЕПТИН ВА РЕПРОДУКЦИЯ

Ахмедова Ф., Ахмедова З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Сўнгги пайтларда лептиннинг нафақат семиришни ривожланишида ва энергия гомеостазини сақлашда, балки инсоннинг репродуктив функцияларини тартибга солишдаги роли ҳам фаол ўрганилмоқда.

Ривожланган мамлакатларда болалик ва балоғат ёшида оммавий семириш тенденцияси мавжуд. Бу бир қатор муаммоларни келтириб чиқаради, жумладан репродуктив ёшдаги аёлларда туғишнинг пасайиши, *in vitro* уруғлантиришнинг паст самарадорлиги ва ҳомиладор бўлишни қийинлашиши. 1990-2005 йилларда Европа ва АҚШнинг бир қатор мамлакатларида популяцион тадқиқотлар репродуктив ёшдаги аёллар орасида семизлик даражаси 9,9% дан 16,0% гача ошганини аниқлашди. Ёғ тўқимаси – бу ёғ алмашинувини тартибга солувчи адипокинлар – лептин ва адипонектин ишлаб чиқарадиган эндокрин орган бўлиб, простата, кўкрак, эндометрий саратонини ўз ичига олган ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади. Қоида тариқасида, тана массаси индекси юкори (> 25) бўлган аёлларнинг қонида лептин даражаси ошади. Бу гонадотропин гормони ва стероидларнинг тухумдонлар секрециясининг бузилишига, фолликула-ларнинг аномал ривожланишига, овуляциянинг бузилишига ва эндометрий ривожланишидаги нуқсонларга, шунингдек имплантатсия ва эрта эмбриогенез нуқсонларига олиб келади. Бу эса аёлларнинг насл бериш қобилиятига салбий таъсир қилади.

Одатда, қон зардобида эркин лептин концентрацияси охирги лютеинлаштирувчи фазада максимал даражага етади ва эрта фолликуляр фазада камади. Семириб кетишда лептиннинг, шунингдек эстрадиолнинг миқдори бир хиллиги бузилади ва овуляция жараёнига таъсир қилади. Циклнинг лютеинлаштирувчи босқичида лептин апоптозни рағбатлантиради, шунингдек сариқ тана регрессиясини фаоллаштирувчи F2a простагландин синтезини кучайтириши аниқланган.

Лептин концентрациясининг мувозанати ҳомиладорлик бўлмаганда лютеолиз ва сариқ тана хужайраларининг апоптозини таъминлайди. Аммо тухумни уруғлантириш ва имплантация қилиш пайтида бу мувозанат сариқ тананинг нормал ривожланиши учун муҳимдир. ЭКО дастурида иштирок этган аёллардан олинган лютеинланган гранулёз хужайралари културасида лептиннинг ортиқча концентрацияси ушбу хужайралар томонидан эстрадиолни экспрессиясига тўсқинлик қилди. Лептиннинг нормал мувозанати бузилиши тухумдонлар фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши ва гранулёз хужайраларида эстрадиол секретсиясини камайитириши қайд этилди. Бундан ташқари, лептин протеолизни рағбатлантириш ва фолликулаларни бўшатиш орқали овуляцияни тартибга солиши мумкин.

Ҳомиладорлик пайтида қондаги лептин даражаси кўтарилади ва бола туғилгандан ёки абортдан кейин тушади. Ҳомиладорлик даврида лептин кўшимча равишда йўлдошда ва ҳомила пардаларида, шунингдек, бачадоннинг тўқималарида ишлаб чиқарилиб, бачадоннинг силлиқ мушакларининг қисқаришини олдини олади. Сўнгги пайтларда лептиннинг кўпайиш ва ҳомиладорликни кечишига плеётроп таъсир кўрсатиши ҳақида далиллар мавжуд. Хусусан, йўлдошдаги лептиннинг экспрессияси трофобласт хужайраларининг тарқалишини ва фарқланишини кучайтиради. Йўлдошда лептин ишлаб чиқарилиши 17β-эстрадиол томонидан тартибга солинади, бу бластоцит имплантатсиясида, трофобластни дифференциациялашда ва инвазиясида, шунингдек, бачадон томирларининг ўсишини тартибга солишда ва протеинкиназали сигнал йўллариининг фаоллашувида муҳим рол ўйнайди.

Семизлик ва зардобдаги лептиннинг аномал концентрацияси билан, эндометридаги патологик ўзгаришлар ва уруғланган тухумни бачадонга имплантация эҳтимоли, шунингдек, ҳомиладор бўлишни қийин кечиши одатий ҳолдир. Лептин

рецепторлари эндометрийнинг қопловчи ва безли эпителийсида бўлади, уларнинг лептин билан ўзаро таъсири стромал хужайралар ва эндометрий эпителийсини кўпайишини фаоллаштиради, бу эса тухумни муваффақиятли жойлашишини таъминлайди. Лептиннинг эндометриоз патогенезига аутокрин ва паракрин тартибга солиш йўли орқали ҳисса қўшганлиги тўғрисида далиллар мавжуд.

2527 нафар турмуш қурган фарзандсиз аёллар ва кўп фарзандли аёллар назорат гуруҳининг кўп қиррали таҳлили шуни кўрсатадики, тана вазнининг кўпайиши билан уларда овуляциясиз Цикл хавфи ошиб боради ва туғилишнинг пастлиги хавфи тана массаси индексига мос равишда >23.9 ошиб боради. Қоидага асосан, семириб кетишда гиперлептинемия ва лептинга нисбатан қаршилик кузатилади. Ушбу қаршилик бир неча сабабларга кўра юзага келади: лептин ретсепторларининг турли хил изоформлари ишлаб чиқарилишининг бузилиши, қон оқсиллари билан боғланганлиги сабабли лептин молекулаларининг инактивацияси, қон-мия тўсиғи орқали гормонларнинг ўтишини пасайиши ва инсулин қаршилиги. Гиперинсулинемия ва инсулин қаршилиги тана массаси индексидан қатъий назар қондаги эркин лептиннинг юқори концентрацияси билан боғлиқлиги исботланган.

ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов К.Б., Умаров З.З.
*Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж с использованием полипропиленового эндо протеза.

Материалы и методы. В последние годы для укрепления задней стенки пахового канала широко стала использоваться полипропиленовая сетка. Нами было оперировано 320 больных с паховыми грыжами в абдоминальной хирургии Областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) по методу Лихтенштейна за 9 лет с 2010 г. Основной контингент больных составили мужчины в возрасте от 22 до 80 лет. Среди них с рецидивными паховыми грыжами были 93(29%) больных, с первичными паховыми грыжами 227 (71%) больных, у 245(76,5%) косая паховая грыжа и у 75(23,5%) прямая паховая грыжа, правосторонние грыжи были у 210(65,7%) и левосторонние у 110(34,3 %) пациентов. Во всех операциях применялась региональная анестезия.

При оперативном лечении в качестве имплантата было использовано стандартные полипропиленовые сетки ЭСФИЛ (Линтекс), которые обладают инертностью, биосовместимостью, резистентностью к инфекции, механической прочностью. После выделения грыжевого мешка, его перевязки и отсечения (при косых грыжах) или погружения в брюшную полость (при прямых), производили ушивание поперечной фасции по Июффе. Сетку моделировали по размерам задней стенки пахового канала. Эндопротез фиксировали непрерывными швами полипропиленовой атравматической нитью N2/0 к лонному бугорку, к паховой связке и узловыми швами к внутренней косой мышце живота.

Апоневроз наружной косой мышцы живота ушивали непрерывным швом полипропиленовой нитью N2/0.

Результаты. Все больные перенесли операцию легко, в первые часы после нее могли вставать и ходить. Обращало на себя внимание практически полное отсутствие болей в зоне операции. После проведенных операций отмечено 2 осложнения: инфильтрат послеоперационной раны (1) и гематома подкожной клетчатки (1), которые ликвидированы консервативным путем. Время пребывания больных в стационаре составило от 2 до 4 дней.

Отдаленные результаты прослежены нами у 283 больных сроком от 3 до 5 лет. Рецидивов не выявлено.

Заключение. Таким образом пластика по Лихтенштейну с использованием полипропиленового эндопротеза технически проста и малотравматична, дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты, при правильном ее исполнении, практически не приводит к рецидивам заболевания. Она показана, при всех видах паховых грыж особенно при сложных видах паховых грыж у больных трудоспособного возраста и у пожилых пациентов с множеством сопутствующих заболеваний.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ

Бабаджанова У.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В современной психолого-педагогической литературе последних лет довольно часто встречается понятие «инновация», «педагогические технологии», «технологии обучения» и т.п. «Технология» как научный термин берет свое начало от греческого «*tehne*» (искусство, мастерство умение) и «*logos*» (наука). В дальнейшем понятие «технология» стало достаточно широко использоваться и в других сферах деятельности, т.е. приобрело более широкое толкование. По выражению Э. де Боно, технология - это процесс производства чего-либо полезного на основе использования знания. В настоящее же время понятие «технология» используется не только в промышленности, но также в области науки и образования.

Технология с одной стороны связана с определенной системой деятельности, включающей те или иные нормативно зафиксированные способы деятельности, систему средств, обеспечивающих ее реализацию. С другой стороны, введение новой технологии ведет к изменению не только самой деятельности, но и вызывает существенную перестройку целевых установок, системы конкретных знаний, необходимых для ее реализации. Изучение и анализ научно-педагогической литературы показали, что понятие «педагогическая технология» у многих авторов имеет разное толкование, например:

Технология - это искусство, мастерство, умение, совокупность методов обработки, изменения состояния.

Технология обучения - это цепочка действий и операций направленных и ориентированных на результат.

Педагогическая технология - совокупность психолого-педагогических установок, определяющих специальный набор и компоновку форм, методов, способов, приемов обучения, воспитательных средств; она есть организационно-методический инструментарий педагогического процесса. При этом под объектом педагогической технологии понимается структура и логика конструирования педагогического процесса, способы его организации по реализации педагогических целей в соответствии с теми или иными принципами и условиями.

COMMUNICATION SKILLS FOR MEDICAL STUDENTS

Babadjanova U.B

Urgench branch of Tashkent medical academy

In medical students' communication training, the doctor-patient encounter can be simulated through experiential learning methods, such as simulated patients (SPs) and role-play. However, more theater and drama education-based methods have not been widely used in the context of medical education. In this mixed-method study, we compare SPs, role-play, and Theatre in Education (TIE) method in teaching interpersonal communication competence (ICC) to

medical students. We describe how a course in communication was based on the communication in the disciplines (CID) theoretical framework and principles of experiential learning and reflection. Second-year medical students were randomly assigned to three groups where SPs, role-play, and TIE method were used. For example role-play involved medical students practicing a patient interview in a doctor's role with a peer student playing the part of the patient. This was followed by self-evaluation and constructive feedback discussions with peers and a facilitator.

Data were analyzed using statistical methods, qualitative content analysis, and cross-case analysis.

The results show that (a) the medical students perceived all three methods favorably, (b) the students' self-reported learning outcomes were very similar in the three groups, and (c) the students' attitudes to learning communication skills became more positive as the training progressed. We present a model that can be used in designing and implementing specialty specific communication training in other disciplines than medicine as well. Simulation has a long history in medical education although real patients have always been an important part of medical the doctor-patient encounter that is required for medical students' communication skills training can be simulated through different experiential learning methods, such as simulated patients (SPs) and role-play. However, drama education-based methods have not been widely used in the context of medical education. Because different simulation methods offer different learning opportunities and experiences to students, this article compares SPs, role-play, and Theatre in Education (TIE) method in teaching interpersonal communication competence (ICC) to medical students.

These methods have not, as far as we are aware, been compared before. TIE, SPs, and role-play have not previously been compared. However, in a few

studies, SPs and role-play have been found to be equally effective when teaching motivational interviewing to health care professionals or third-year medical students and when first-year medical students practiced smoking-cessation techniques. In light of the results, we argue that TIE, SPs, and role-play seem equally suitable for learning ICC.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

Бабажанов Н.М., Абдуллаев Р.Қ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы. Гастрошизису в настоящее время придается особое значение, поскольку распространенность данного порока имеет тенденцию к увеличению, с высокой вероятностью диагностируется антенатально, благодаря интенсивному развитию хирургии пороков развития достаточно успешно подлежит хирургической коррекции и редко приводит к инвалидизации ребенка. В последние десятилетия повсеместно отмечается рост количества новорожденных с гастрошизисом. Если в 1987 году частота рождения детей с этим пороком оценивалась как 1:4000, то в 1996 она увеличилась, по материалам разных авторов, до 1:2900 новорожденных и в настоящее время составляет от 0,4 до 4,1 случаев на 10000 живых новорождённых. Летальность при гастрошизисом в нашей стране остается высокой и колеблется в пределах от 21 до 80%. Ряд отечественных авторов отмечают снижение показателей летальности до 6,5 - 45%. Существенного снижения летальности до 4-8% удалось добиться только в ведущих зарубежных центрах детской хирургии.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения новорожденных детей с гастрошизисом путем совершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материал и методы исследования. В нашем наблюдении произведено операция гастрошизисом 18 детей в последних 10 лет. Их всех 18 детей произведено 16 детей одномоментная пластика передней брюшной стенки, 2 детей отсроченная пластика с применением пластиковой мешка. Из них умерли 15 детей, 3 больные пожевали. Из

умерших детей погибли в первые трое суток после операции. Причины смерти поздние обращение, перитонит новорожденного, инфекция кишечника, спаечный болезни, парез кишечника, дыхательные недостаточность, сердечные недостаточность.

Таким образом, очевидна актуальность проблемы хирургического лечения гастрошизиса, поскольку выбор способа коррекции порока определяют дальнейшее качество жизни ребенка. Кроме того, достаточно изучит морфологическая характеристика кишечника при гастрошизиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Бабажанов Н.М, Абдуллаев Р.К.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Под ущемлением паховых грыжи понимают внезапно возникшее сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Это наиболее опасное осложнение встречается у 8-20% больных с грыжами, а если учесть, что грыженосители составляют около 2% населения вообще, то общее количество больных с ущемленными грыжами достаточно велико.

Клиническую часть работы составляет анализ хирургического лечения детей с ущемленными паховыми грыжами. Проанализированы архивные данные и истории болезни 358 пациентов, проходивших лечение в Хорезмского филиала РНЦЭМП отделения детской экстренной хирургии за период с 2015 по 2018 гг.

Из 358 больных с ущемленными грыжами мальчиков было 294, девочек 64. По возрасту дети были распределены следующим образом до 1 года-134(37,4%) больных, от 1 года до 3 лет-171(47,8%), от 3 лет до 7 лет -46(12,8%), от 8 лет до 14 лет-7(2%) детей. Левосторонняя грыжа отмечалась у 133 (37,2%), правосторонняя у 225(62,8%). Всех больных произведено экстренное грыжесечение.

Из 358 больных оперированных в экстренном порядке в 4 случаях обнаружен некроз ущемленной части кишечника, при котором в 3 случаях произведена резекция кишечника с наложением анастомоза и 1 случае наложение терминальной илеостомии при перитоните. В 1 случае обнаружено ущемление илеоцекального угла вместе с измененным аппендикулярным отростком в связи с чем произведена аппендэктомия. Из оперированных девочек у двоих отмечался некроз ущемленного яичника с придатками матки, которые удалены. Во всех остальных 351 случаях признаков ишемии с некрозом не обнаружены в связи с чем операции заключались в вправлении содержимого в брюшную полость с последующей пластикой пахового канала.

Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения ущемленных паховых грыж брюшной стенки тесно связано с необходимостью соблюдения общих принципов подхода к проблеме. Они складываются из двух составляющих: сохранение жизни больного и ликвидация грыжи. Сочетание этапа операции по устранению ущемления и его последствий с одновременной пластикой брюшной стенки должны быть обязательным элементом алгоритма действий хирурга.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РИНОСИНУСИТОВ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ

Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.,

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают ведущее место среди патологии ЛОР органов, а также, у больных с заболеваниями крови выявляется значительный процент различных форм риносинуситов.

Целью исследования явилось изучение проявления воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у больных с гемобластозами.

Материал и методы. Всего обследовано 80 больных с острым и хроническим лейкозом, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике НИИ ГиПК (научно-исследовательского института гематологии и переливания крови) МЗРУз (Министерства здравоохранения Республики Узбекистан). Диагноз устанавливался совместно с гематологами на основании лабораторно-клинических показателей периферической крови и костного мозга. Геморрагический синдром при остром гемобластозе выявлен у 24 (30%), при хроническом – у 36 (45%) обследованных больных. Наличие воспалительных заболеваний околоносовых пазух выявляли на основании клинико-инструментальных исследований. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Гемограмму выполняли на гематологическом анализаторе.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что при острых гемобластозах гнойно-воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух выявлены у 34 (42,5%) больных и протекали с выраженными симптомами гнойного процесса. При микробиологическом исследовании имело место преобладание высевания нескольких микроорганизмов, часто анаэробов. В то же время хронические синуситы протекали в виде гнойного воспаления, инертно, плохо поддавались лечению, часто сопровождалась носовыми кровотечениями. Изолированные поражения одной пазухи выявлено у 12 (15%) обследованных, поли-, геми- и пансинуситы выявлены у 14 (17,5%); 11 (13,75%) и 9 (11,25%) больных. При этом гематологические показатели периферической крови существенно ухудшались, возрастало число бластных клеток. При анализе изменений интегральных показателей лейкоцитов периферической крови больных были установлены более выраженные сдвиги у больных со смешанной патологией, что совпадало с клиническим течением основного заболевания, развитием тромбогеморрагического синдрома. При воспалении мононуклеарные фагоциты способствуют локальному увеличению коагулирующих свойств крови, тканевой жидкости, лимфы, что сопровождается тромбозами и нарушением микроциркуляции, образующийся при этом фибрин выполняет защитную роль, ограничивая регион воспаления. Однако, параллельно, в районе воспаления, возрастает фибринолитическая активность, приводящая к нормализации кровотока по микрососудам и, одновременно, стимулирующая развитие деструктивной фазы воспаления.

Вывод: При хронических гемобластозах гнойно-воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух протекают со стертой клинической картиной, а при острых – с выраженными симптомами гнойного процесса и эндогенной интоксикации.

ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Батиров А.Р., Назаров К.Д., Ганиев А.Г.

*Андижанский государственный медицинский институт
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель работы: Изучить изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу урологической патологии, которые были оперированы в отделении детской хирургии многопрофильной областной больнице Андижанской и Ургенчской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная анальгезия премоделом в сочетании с оксибутиратом натрия.

Результаты и их обсуждения. На вводном периоде анестезии наблюдалось увеличение ЧСС на 30,28% ($P < 0,05$), УПС на 21,47%, УИ на 9,21% по отношению к исходным своим значениям. В наиболее травматичные этапы операции отмечалось

увеличение СИ, ЧСС, УИ соответственно на 34,26%, 40,55% и 13,12% ($P < 0,05$), а по сравнению с предыдущим этапом исследования эти показатели изменялись недостоверно. В конце операции по сравнению с этапом травматичного момента операции показатели центральной и периферической гемодинамики изменялись незначительно, что носит недостоверный характер. Несмотря на это можно утверждать, что гемодинамические показатели оставались в пределах оптимальных величин, и риска развития ишемии внутренних органов, в том числе головного мозга, не возникало. Промедол вызывает выраженную циркуляторную депрессию, обусловленную снижением тонуса сосудов. В эксперименте клинические концентрации промедола не угнетали сократимость, а авторы работы даже наблюдали в клинике рост МОК. Феномен увеличения МОК и падения ОПСС описан как транзиторная начальная реакция на введение препарата, с последующим падением МОК и возвратом ОПСС к исходному. Эффект падения МОК блокируется ионами Ca^{2+} .

Выводы. Применение комбинированной анестезии промедолом и оксибутиратом натрия, сопровождалось незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной и периферической гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы. Данный вариант анестезиологического пособия создает оптимальный режим функционирования центральной и периферической гемодинамики.

ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ДЕКАСАН ПРЕПАРАТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Рахимов А.П., Тажиев С.З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш: Плевра эмпиемаси (ПЭ) билан касалланиш кўрсаткичлари кейинги йилларда пасайш тенденциясига эга бўлмаяпти. Шу билан биргаликда ушбу касаллика сабабчи бўладиган бирламчи касалликлар кўлами ҳам кенгайиб бормоқда. Кўпчилик муаллифлар фикрича 90%гача ҳолатларда ПЭ си ўпканинг йирингли-яллиғланиш касалликларидан (зотилжам, гангрена, абсцесс ва ҳ.к.) кейинги асорат сифатида келиб чиқади. Қолган ҳолатларда эса, плевритлар, гемоторакс, ҳар хил ўпка шикастлари ва жароҳатлари, ўпкада ўтказилган операциялар ва бошқалар кабилар сабабчи бўлади. Шу билан биргаликда ПЭ сига сабабчи бўладиган микрофлора ҳам хилма-хил ўзгариб бормоқда. Грам мусбат, грам манфий, анаэроб ва клостридиялар каби микрофлоралар қаторида кейинги йилларда микст инфекциялар кўпроқ аниқланмоқда. Микотик ва вирусологик инфекцияларнинг кўшилиши каби ҳолатлар кўпроқ учрамоқда. Бундай ҳолат ПЭ кузатилган беморларни жарроҳлик усулида даволашда янгича ёндошишни талаб этади.

Тадқиқот мақсади: Плевра эмпиемаси кузатилган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотимиз манбаси сифатида Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази Торакал хирургия бўлимида 2014-2019 йиллар давомида ПЭ касаллигига чалинган 47 нафар беморнинг даволаш натижалари олинди. Беморларнинг ёши 17 ёшдан-84 ёш оралиғида бўлди. Шундан эркаклар 31 нафар, аёллар 16 нафарни ташкил қилди. Беморларни даволаш натижалари 2 гуруҳга бўлган ҳолатда ўрганилди. Назорат гуруҳига 24 нафар бемор, асосий гуруҳга эса, 23 нафар беморнинг даволаш натижалари киритилди. Барча беморларни даволашда плевра бўшлиғи стандарт усулда пункция қилинган санация қилинган 2 бўшлиқли дренаж найча ўрнатилган. Назорат гуруҳи беморларида плевра бўшлиғи Фурациллин, хлоргексидин каби воситалар билан ювилиб турилган бўлса, асосий гуруҳ беморларининг плевра бўшлиғи суткасига 2 марта 0,02%ли Декасан эритмаси билан ювилиб турилди. Бунда Декасан эритмаси 38 даражача қиздирилган ҳолда ишлатилди.

Натижалар: Назорат гуруҳи беморларидан 17 (70,8%) нафарида плевра бўшлиғидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари ўртача 7-8 кунда, 4 (16,7%) нафарида 14 кунда ва 3 (12,5%) нафарида 17 кунда бартараф қилинган бўлса, асосий гуруҳ беморларидан 18(78,2%)нафарида 5-7 кунда, 3(13%) нафарида 8-10 кунда ва 2(8,8%) нафарида 15 кунда бартараф қилинди.

Хулоса: Плевра эмпиемаси кузатилган беморларни даволашда плевра бўшлиғини ювишда 0,02%ли Декасан эритмасининг ишлатилиши даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади.

ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИДА ОҒРИҚ ХУРУЖИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШДА ОКСИТЕН ПРЕПАРАТИНИНГ АҲАМИЯТИ

Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Рахимов А.П., Тажиев С.З.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш: Ўт-тош касаллиги билан оғриган беморлар сони йилдан-йилга кўпайиб бормокда. Бу кўрсаткич, соҳас мутахассис олимларининг башоратларига кўра яна кўпайишда давом қилади. Шу билан биргаликда бу касалликнинг ўткир формалари ҳам кўп учрайди. Ўткир тошли холецистит кузатилган ҳолатларда тўғри даво тактикасини танлаш даволаш натижасига таъсир қилувчи энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Чунки, хуруж пайтида операция қилиш кўпинча, хавфли бўлиб, техник жиҳатдан қатор муаммоларни келтириб чиқаради. Шу сабабли ўткир тошли холецистит кузатилган беморларда дастлаб, иложи борича оғриқ хуружини бартараф қилишга қаратилган даво чоралари қўлланилиши, оғриқ хуружи босилганидан кейингина режали равишда оператив муолажаларни ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Лекин, оғриқ хуружини бартараф қилишнинг барча ҳолатларда ҳам имкони бўлмаслиги мумкин. Натижада эса, хуруж пайтида мажбурий холецистэктомия амалиётини ўтказишга мажбур бўлинади. Бу эса, юқорида қайд қилинганидек бемор учун ҳам, жарроҳ учун ҳам қатор муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Ҳозирги кунга келиб ўткир холецистит билан мурожаат қилган беморларда оғриқ хуружини бартараф қилишда замонавий консерватив даво воситаларидан адекват, тўғри фойдаланиш энг асосий вазифалардан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: Ўткир тошли холецистит кузатилган беморларда оғриқ хуружини бартараф қилиш самарадорлигини ошириш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотимиз давомида ўткир тошли холецистит кузатилган 54 нафар беморда оғриқ хуружини бартараф қилинганидан кейин бажарилган лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) операцияси натижалари олинди. Беморларнинг ёши 21 ёшдан 72 ёш оралиғида бўлди. Шундан, аёллар 34 нафар, эркеклар 20 нафарни ташкил қилди. Беморларни даволаш натижалари уларни 2 гуруҳга бўлган ҳолатда ўрганилди. Назорат гуруҳига 26 нафар бемор (16 нафар аёл, 10 нафар эркек), асосий гуруҳга эса, 28(18 нафар аёл, 10 нафар эркек)нафар беморнинг даволаш натижалари киритилди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам беморларни даволашда мурожаат қилганларидан кейин, оғриқ хуружини босувчи даво муолажалари- коплекс чоратадбирлари амалга оширилди. Назорат гуруҳи беморларида оғриқ хуружини босиш учун 3 кун давомида очлик, назогастрал зонд қўйиш ва ошқозонни ювиб туриш, спазмолитиклар, анальгетиклар, инфузион-дезинтоксикацион-умумий қувватлантирувчи терапия, витаминлар, антибиотиклар, глюкоза-новокаинли аралашма вена ичига томчилаб қўлланилган бўлса, асосий гуруҳ беморларида юқоридагиларга қўшимча равишда окситен препарати 20 мг дан мушак орасига қўлланилди. ЛХЭ эса, режали равишда оғриқ хуружи тўлиқ босилганидан кейин бажарилди.

Натижалар: Назорат гуруҳи беморларида ўткир оғриқ хуружининг босилиши 4 соатдан 24 соат оралиғида кузатилди. Асосий гуруҳ беморларида эса бу кўрсаткич 3

соатдан 18 соат оралиғида бўлди. ЛХЭ операциясидан кейинги даврда беморларни оғриқсизлантириш мақсадида ҳам асосий гуруҳ беморларида оғриқ қолдирувчи восита сифатида окситен препарати ишлатилди ва беморларга 2 кун давомида препаратнинг 20 мг мушак орасига суткасига 1 марта қилиниши етарли бўлди. Бошқа барча кўрсаткичлар ҳар иккала гуруҳ беморлари орасида деярли бир хил бўлди.

Хулоса: Ўткир тошли холецистит кузатилган беморларда операциядан олдинги даврда оғриқ хуружини бартараф қилиш учун тавсия этилган комплекс консерватив даво муолажаларга кўшимча сифатида окситен препаратининг қўлланилиши оғриқ хуружининг нисбатан тезроқ босилишига, операциядан кейин оғриқ қолдирувчи сифатида қўлланилиши эса, беморларнинг аҳволини сезиларли даражада яхшиланишига олиб келади.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛ ЗАВИСИМЫЕ КАЛЬЦЕВИЕ КАНАЛЫ НА ТЕЧЕНИЕ ПРОЛЕФЕРАТИВНОЕ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ

Бекова Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Нестероидные противовоспалительные препараты являются одним из наиболее широко применяемых лекарственных средств в лечении различных заболеваний. При этом многие больные их принимают без предварительной консультации с врачом, поскольку они входят в список без рецептурного отпуска лекарственных средств в аптеках, что обуславливает развитие ряда побочных эффектов: гастропатии, нефропатии, кровотечения и т. д. В связи с этим разработка новых противовоспалительных препаратов является важной задачей современной фармакологии. Поскольку кальций играет большую роль в обменных процессах и секреторной функции клеток, то можно предположить о их антипролиферативных свойствах. Отсутствие сведения в этом плане по этому вопросу определило цель настоящей работы.

Для создания модели «ватной гранулемы» у крыс, находящихся под легким общим наркозом, в области спины тщательно выстригали шерсть и в асептических условиях делали разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 1 см. Затем через образовавшийся разрез кожи в подкожной клетчатке формировали полость, куда помещали предварительно простерилизованный ватный шарик массой 10 мг, после чего накладывали 1-2 шва. Животным ежедневно один раз в течение семи суток внутрижелудочно вводили диклофенак натрия, дилтиазем, амлодипин. О степени пролиферативной фазы судили по разнице между массой образовавшейся грануляционно-фиброзной ткани высушенной гранулемы и исходной массой шарика. Экссудативную реакцию оценивали по разнице между массами сырой и высушенной гранулемы.

Результаты экспериментальных исследований проведенных на белых крысах-самцах показало, что на модели ватной гранулемы введение ингибиторов кальциевого канала вызывают подавление как экссудативного, так и пролиферативного фазы воспаления. Если классический представитель нестероидных противовоспалительных средств - диклофенак натрия уменьшает образования гранулем по сравнению с контролем на 36,0%, то у крыс получавших ингибиторы кальциевого канала отмечалась такая же степень подавления воспаления. При этом амлодипин проявлял менее выраженный эффект чем дилтиазем. Характерно, что все исследованные препараты подавляли и экссудативную фазу воспаления. Причиной такого эффекта вероятно является уменьшение образования и выделения медиаторов воспаления в связи выпадением функции ионов кальция - которое как известно выступают в качестве "посредника" между рецепторами мембран и внутриклеточными процессами.

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Бекчанова Б.Б

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Инфекционная патология является одной из наиболее актуальных проблем перинатологии, определяющей высокий уровень заболеваемости и смертности новорожденных детей. Внутриутробное инфицирование плода и новорожденного играет существенную роль в

Цель: Изучить частоту встречаемости интранатальных факторов риска в зависимости от срока гестации у новорожденных детей с ВУИ.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 43 новорожденных ребенка, родившихся от матерей с ВУИ. Проведен анализ историй болезни с целью выявления интранатальных факторов риска.

Результаты: Исследования показали, что у недоношенных детей (25), более чем, в 30% случаев встречались стремительные роды (36%), тогда как у доношенных детей это не встречалось. Важно отметить, что значительная часть недоношенных детей была рождена путем оперативного вмешательства (28%). При анализе таких факторов, как раннее излитие околоплодных вод (16%), грязные околоплодные воды (11,1%), многоводие (16%), маловодие (12%), было выяснено, что они соответственно в 2.9 раза, в 1.3 раза, в 1.4 раза и в 2раза чаще встречались в группе недоношенных детей, по сравнению с доношенными детьми. Характерно было также, что обвитие пуповины у недоношенных детей наблюдалось чаще (24%), чем в группе доношенных детей (16.6%).

Выводы: Таким образом, среди интранатальных факторов риска стремительные роды, кесарево сечение, обвитие пуповины, раннее излитие околоплодных вод, а также показатели, свидетельствующие в пользу наличия инфекций у матери — такие как грязные околоплодные воды, их многоводие или маловодие были более выражены у недоношенных детей. В группе доношенных детей данные показатели также имели большое значение, хотя по некоторым показателям были в 2 и 3 раза меньше, чем у недоношенных детей.

АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН КИЧИК ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ПЕРИНАТАЛ ДАВРДАГИ ҲАВФ ОМИЛЛАРИ

Бекчанова Б.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Ҳозирги вақтда неонатология соҳасида янги туғилган чақалоқлар асфиксияси БЖССТ текширувлари хулосасига кўра ўлим кўрсаткичи биринчи ўринда туради. Янги туғилган чақалоқлар асфиксияси неонатология соҳасида энг муҳим бўлган долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мақсад ва вазифалар. Янги туғилган чақалоқларда перинатал даврдаги асфиксияга сабаб булувчи хавф омилларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Текширув давомида гестацион ёши 26-42 ҳафталикгача бўлган асфиксия билан туғилган 32 та кичик вазнли чақалоқ Хонқа туман туғруқ комплексида текширилди.

Натижалар. 1-гурух чақалоқлардан муддатига етиб туғилган чақалоқлар 45%ни, муддатига етмай туғилганлар эса 55%ни ташкил этади. Жинси буйича: қизлар 43%, ўғил болалар эса 57% дан иборат. Асфиксиянинг ўрта оғир даражасида туғилганлар сони 33%ни, оғир даражасида эса 67%ни ташкил этади. 2-гурух чақалоқлардан муддатига етиб туғилган чақалоқлар 62%ни, муддатига етмай туғилганлар 38%ни ташкил этди. Жинси буйича: қизлар 61%, ўғил болалар 39%дан иборат. Асфиксиянинг ўрта оғир даражаси

билан туғилганлар 65%, оғир даражаси билан туғилганлар 35% чақалоқлардан иборат. Чақалоқлар оналаридаги акушер анамнези тахлили шуни кўрсатдики, ҳамма оналар фертил ёшида бўлиб, 19-40 ёш оралиғини ташкил қилди. Кузатилган чақалоқларнинг барчаси ҳомиладорлиги патологик, туғруқ жараёни асоратли кечган оналардан туғилган. Кичик вазнли 1-гурух чақалоқлари оналарининг 87%ида ҳомила ичи инфекцияси, 80%ида анемия, 60%ида эрта токсикоз, сурункали соматик касалликлар, сурункали ҳомила ичи гипоксияси, 53%ида ЎРВИ, 33%ида эса гестоз антенатал даврдаги ҳавф омилларидир. 2-гурух кичик вазнли чақалоқларнинг эса 96%ида ҳомила ичи инфекцияси ҳамда анемия, 90%ида токсикоз, 60%ида сурункали соматик касалликлар, 56%ида сурункали ҳомила ичи гипоксияси, 50%ида ЎРВИ, 16%ида эса гестоз каби антенатал давр ҳавф омиллари кузатилган.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, асфиксия билан туғилган чақалоқлар оналарида антенатал даврда кўп учраган ҳавф омиллари бу анемия ва токсикоз бўлди. Кейинги ўринларда эса сурункали ҳомила ичи гипоксияси ва сурункали соматик касалликлар кузатилди.

BIOLOGIK TA'LIM JARAYONIDA SOG'LOM TURMUSH TARZI KO'NIKMALARINI TARKIB TOPTIRISH TIZIMI

Bekchonova M.F., Teshajonova M.M.

Farg'ona davlat universiteti

Sog'lom turmush tarzini shakllantirish va aholini, shu jumladan, yoshlarning sog'ligini mustahkamlash maqsadida sog'lom turmush tarzi g'oyalarini targ'ib qilish, uning mohiyatini belgilovchi omillar asosida tibbiy – gigienik madaniyatini shakllantirish, ratsional ovqatlanishning me'yorlarini belgilash, jismoniy faollik, o'zini va o'zgalar salomatligini asrash ko'nikmalarini bolalikdanoq kundalik turmush tarziga aylanishiga erishish mamlakatimizda amalga oshirilayotgan ishlar mazmunini tashkil etadi. Zero, so'nggi yillarda yoshlar o'rtasida sog'lom turmush tarzi haqidagi nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni shakllantirish nafaqat pedagogika fani uchun, balki umummamlakat ijtimoiy hayotining eng dolzarb muammolari sirasiga kiradi. Shuning uchun ham talabalarda:

Ta'lim-tarbiya jarayonida talabalarni milliy va umuminsoniy qadriyatlarga hurmat, vatanparvarlik, hamda ularning mehnat tarbiyasiga e'tiborni kuchaytirish;

-shaxsiy va umumiy gigienik madaniyatni shakllantirish;

-kundalik faoliyatini biologik qonuniyatlar asosida tashkil etish;

-faol harakat asosida organizmni chiniqtirish hamda muntazam ravishda sport bilan shug'ullanish ko'nikmalarni shakllantirish;

-jinsiy tarbiya ko'nikmalarini tarkib toptirish;

-muomala va muloqot madaniyatini shakllantirish;

-kiyinish madaniyatini shakllantirish;

-baxtsiz hodisalar va jarohatlanishlarga qarshi ehtiyotkorlik choralarini ko'rish malakalarini tarkib toptirish;

-ekologik madaniyatini shakllantirish;

-turli xil salbiy illatlardan (spirtli ichimliklar iste'mol qilish, giyohvand moddalar va tamaki mahsulotlari chekish) voz kechish madaniyatini tarbiyalashning pedagogik tizimini ishlab chiqishni taqozo etadi.

Mamlakatimizda aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirishning mazmunini yorituvchi tadqiqot ishlari olib borilib, ularda muammoning ba'zi qirralari ochib berilgan bo'lsa-da, oliy o'quv yurtlarida "Biologik ta'lim jarayonida sog'lom turmush tarzi ko'nikmalarini tarkib toptirish tizimi"ni ishlab chiqish muammosi tadqiq etilmagan.

Oliy o'quv yurtlarida ta'lim olayotgan yosh avlodlarda sog'lom turmush tarzi ko'nikmalarini tarkib toptirish, turmush tarzi davomida uchraydigan ko'pgina kasalliklarning oldini olish maqsadida qator tibbiy-gigienik ko'nikmalarni shakllantirish, aqliy va jismoniy

mehnat madaniyatini o‘stirish, talabalar sog‘ligini saqlash ishiga ko‘maklashish ta’lim-tarbiya ishining asosidir. Shu boisdan, “Yosh fiziologiyasi va gigiyenasi” o‘quv fani mazmunida sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalari asosida individual uslubni tarkib toptirishning pedagogik tadqiq etilishi, talabalarda turmush tarzi davomida o‘z hayoti faoliyatini to‘g‘ri tahlil qilish va baholash ko‘nikmasini shakllantirib borish, hamda bu borada pedagoglarning tayyorgarligini oshirish maqsadida metodik ko‘rsatmalar ishlab chiqish dolzarb mavzudir.

Buning uchun “Biologik ta’lim jarayonida sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalarini tarkib toptirish tizimi” ning ijobiy yechimini hal etish yo‘llari: metod, tizim, shakl va vositalarini ishlab chiqish talab etiladi.

“Yosh fiziologiyasi va gigiyenasi” fanini o‘qitishda sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalarini tarkib toptirish tizimini ishlab chiqishdagi bajariladigan vazifalar:

- biologik ta’lim jarayonida talaba shaxsiga yo‘naltirilgan texnologiyani qo‘llash asosida sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalarini tarkib toptirish muammolarini o‘rganish;
- “Yosh fiziologiyasi va gigiyenasi” darslarida talaba shaxsiga yo‘naltirilgan texnologiyani qo‘llash asosida individual uslubni tarkib toptirish metodikasini ishlab chiqish;
- biologik ta’lim jarayonida sog‘lom turmush tarzini tarkib toptirish metodlari, vosita, shakllari tizimini ishlab chiqish;
- biologik ta’lim jarayonida sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalarini tarkib toptirish tizimini tajriba-sinovdan o‘tkazish;
- STT (sog‘lom turmush tarzi) ko‘nikmalari-barkamol avlodni shakllantirish asosi ekanligini dalillash ishlari amalga oshirilishi kerak.

Oliy o‘quv yurtlarida biologiya ta’limi jarayonida STTni tarkib toptirishning mavjud pedagogik asoslari o‘rganilib, talabalarda STT tarkib toptirish metod, vosita, shakl tizimini yaratish zarur. Sog‘lom turmush tarzi ko‘nikmalarini tarkib toptirishning samarali usullari (suhbat, og‘zaki bayon etish, bahs-munozara, savol-javob, jadvallar to‘ldirish), shakllari, vositalari (didaktik tarqatmalar, ko‘rgazmali vositalar, buklet, multimediyali dastur, internet ma’lumotlari) aniqlanishi, bular asosida o‘qitish uslubiyoti yaratilishi zarurdir.

ВИТАМИННЫЙ СТАТУС СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ОЦЕНКА ПО ДАННЫМ О ПОСТУПЛЕНИИ ВИТАМИНОВ С ПИЩЕЙ И ИХ УРОВНЮ В КРОВИ #

Бекчанова М.Р., Султанов А.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Нарушения рационального питания и пищевого поведения, характерные для студенческой молодежи (нерегулярность приема пищи, частые перекусы, еда всухомятку и др.) в сочетании с повышенным по напряженности уровнем труда большинства учащихся вузов являются фактором риска развития сочетанной микронутриентной недостаточности, в том числе полигиповитаминозов. Таким образом, оценка витаминного статуса студентов является актуальной задачей.

Обследование студентов Ургенчского филиала ТМА (38 девушек и 23 юноши в возрасте от 18 до 22 лет) было проведено в марте-июле 2019 г. Предварительно от всех участников исследования было получено письменное информированное согласие. Индекс массы тела в группе обследованных составил $23,0 \pm 0,6$ кг/м². Коэффициент физической активности (КФА), рассчитанный по анкетно-опросным данным варьировал от 1,39 до 1,61. У большинства студентов его величина соответствовала первой группе интенсивности труда, и лишь у 11% - второй.

Медиана энергетической ценности рациона у юношей составила 2954 ккал/сут, у девушек – 1613 ккал/сут. При этом уровень энергозатрат соответствовал энергопотреблению у 56% студенток и лишь у 30% студентов. Калорийность рациона 20-28% юношей и девушек не покрывала энергозатраты на 20-50%, а у 10-11% этих групп - на

60-80%. У 40% юношей было выявлено избыточное энергопотребление: энергетическая ценность рациона превышала энерготраты более, чем на 50%. Параллельно расчетным способом по частоте потребления пищевых продуктов за предыдущий месяц было оценено поступление витаминов с рационом. Сниженное относительно рекомендуемой нормы суточное потребление витаминов В2, С и А было выявлено у 63%, 54% и 46% студентов, соответственно. Наиболее выраженным был недостаток в рационе витамина В2, у трети обследованных величина вероятностного риска соответствовала среднему уровню. Средний вероятностный риск недостаточного потребления витамина А имелся у 17% обследованных, витамина С - у 6%. Сопоставление данных по обеспеченности витаминами С и А, полученных расчетным методом по поступлению витаминов с рационом и биохимическими методами по концентрации витаминов в плазме крови, дало совпадающие результаты в 94% и 83% случаев, что свидетельствует о взаимозаменяемости этих методов при условии выбора в качестве критерия величины среднего вероятностного риска недостаточности потребления этих витаминов. Доля совпадения результатов оценки обеспеченности витамином В2 была гораздо ниже, составив 56%. Для окончательного вывода о взаимозаменяемости методов оценки рибофлавинового статуса необходимы специальные тщательно спланированные исследования на большей выборке обследованных.

Таким образом, Полученные результаты согласуются с данными литературы о том, что даже идеально построенный рацион взрослых, рассчитанный на 2000-2500 ккал в сутки, дефицитен по большинству витаминов, по крайней мере, на 20%. Анализ питания студенческой молодежи однозначно свидетельствует о необходимости оптимизации витаминного статуса учащихся высшей школы. Для достижения этой цели необходимо регулярно включать в рацион витаминно-минеральные комплексы и/или обогащенные пищевые продукты.

2014 ВА 2015 ЙИЛЛАРДА ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА БЮДЖЕТ МАБЛАҒЛАРИ ҲИСОБИДАН СОТИБ ОЛИНГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ ФАРМАКОЭКОНОМИК ТАҲЛИЛИ

Бекчанова Ю.Х., Исмоилов С.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Жигар ва ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларни даволашда бошқа препаратлар билан бир қаторда гепатопротекторлардан ҳам кенг қўламда фойдаланилади. Ҳозирда давлат бюджети маблағлари ҳисобидан стационар шароитларда даволанаётган беморларни даволашда даволашнинг асосий омилларидан бири бўлиб қўлланилган препаратларнинг нархини клиник-иктисодий таҳлил этиш орқали даволашни иктисодий жиҳатдан оқлай оладиган оптимал вариантларини излаб топишга бўлган эҳтиёжнинг вужудга келганлигини инобатга олиш лозим. Шунинг учун ушбу ишда жигар касалликлари билан стационар шароитда даволанган беморларда қўлланилган гепатопротекторларнинг фармакоэкономикаси таҳлил қилинмоқда.

Материал ва услублар. 2014 ҳамда 2015 йилларда Хоразм вилоятининг стационарларида жигар касалликлари билан даволанган беморларга қўллаш учун давлат бюджети маблағлари ҳисобидан харид қилинган гепатопротекторларнинг нархларини ўзаро солиштириш орқали дори препаратлари учун бевосита сарфланган маблағ ҳамда уларнинг “давлат бюджетига таъсири” таҳлили ўрганилди.

Натижалар ва таҳлили. Ўрганилаётган икки йилда сарфланган маблағларни таҳлил қилиш борасида маълум бўлдики, 2014 йилда Хоразм вилояти Дори-дармон ҳиссадорлик жамияти томонидан 19 та номдаги гепатопротекторга жами 1 772 000 198 сўм сарфланган бўлиб, битта препаратга кетган ўртача йиллик сарф 2 783,78 сўмни ташкил қилди. Шундан миллий валюта ҳисобига харид қилинган 19 та номдаги дори препаратларига жами 925 070 835,6 сўм, битта препарат учун эса ўртача 2 827,39 сўм

микдоридаги маблағ сарфланган бўлса, чет эл валютаси ҳисобига 18 та номдаги дори препаратлари харид қилинган бўлиб, улар учун жами 846 929 362,0 сўм, битта номдаги препарат учун эса ўртача 2 740,16 сўм микдорида харажат сарфланганлиги аниқланди.

2015 йилда эса 12 та номдаги гепатопротектор учун жами миллий валюта ҳисобига 137 714 602,0 сўм сарфланган бўлиб, шундан бир препаратга ўртача 3 721,18 сўм маблағни ташкил қилди. Ушбу йилда чет эл валютаси ҳисобига гепатопротекторлар сотиб олинган эмас.

Хулоса. Таҳлил натижалари шуни кўрсатмоқдаки, Хоразм вилояти касалхоналари учун харид қилинган гепатопротекторлар 2014 йилда 2015 йилга қараганда ном жиҳатидан ҳам, уларга сарфланган давлат бюджети маблағлари жиҳатидан ҳам кўпроқ амалга оширилган. Шунингдек, 2015 йилда чет эл валютасига умуман гепатопротекторлар харид қилинган эмас. Булар эса, ўз навбатида, кўплаб клиникаларнинг ўз-ўзини молиялаштиришига ўтиб бораётганлиги туфайли кузатилган бўлиши мумкин деган хулосага келишга ундайди.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Бердиев Э.А

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии.

Актуальность проблемы: Сложность процесса формирования спаек дает большие возможности для фармакологического вмешательства. Лекарственное воздействие может быть направлено против различных причин и компонентов воспалительного процесса (инфекции, эндотоксина, миграции лейкоцитов, выпадения фибрина и т.п.). Однако фармакологическое воздействие имеет два важных препятствия.

Во-первых, лекарство должно попасть к месту, где формируется спайка. Но это, как правило, участки ишемии отрезанные от кровотока и, таким образом, от воздействия препаратов. С другой стороны, брюшина обладает чрезвычайно быстрым поглощением, уменьшая действия и, следовательно, эффективность вводимых в брюшную полость препаратов.

Во-вторых, любое антиспаечное средство должно действовать именно против спаек, а не против нормально заживающей раны. К сожалению, многие процессы в формировании спайки, такие как миграция клеток, коагуляция, фибропластическая деятельность - это процессы нормальной эпителизации.

Для профилактики процесса спайкообразования были предложены разнообразнейшие средства, которые отличаются по механизму действия, способу применения и эффективности. Эти были кортикостероиды, а также препараты, которые влияют на свертывание крови, разные ферменты, гормоны, средства для создания искусственного асцита (гидрофлотации). При гидрофлотации органов брюшной полости плавают особенно, при этом уменьшается вероятность образования послеоперационных спаек брюшной полости у детей.

Цель исследования: Разработка эффективного способа профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости.

Материал и методы исследования:

С целью профилактики спаечного процесса интeроперационно с начала операции в брюшной полости промывали с 0,02% раствором декасана 200мл, и с последующим вводили в брюшную полость ФЛС (которая состоит из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина) в послеоперационном периоде по схеме.

У 57 больных: после деструктивного аппендицита 24 случаев (42,2%), перитониты аппендикулярного происхождения 14 больных (24,5%) а также у 19 больных (33,3%) спаечной кишечной непроходимости.

Результаты исследования: Время наблюдения за больными составило от 3 до 6 месяцев. Эффективность профилактики послеоперационного спаечного процесса оценена у 57 больных при ультразвуковом исследовании; повторной лапароскопии, которая выполнялась через 3 месяца после операции формирование спаек после аппендэктомии выявлено 2 (8,3%) больных, но спайки, же имели пленочное строение и носили одиночный характер. У всех больных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости при повторной лапароскопии было свободно от спаек.

Повторное формирование спаек у больных с перитонитом аппендикулярного происхождения выявлено в 4 случаях (35,0%), но их интенсивность были значительно меньшей.

Выводы: 1. В связи с тем, что спайки наиболее частое осложнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости, а также то, что основным этиопатогенетическим звеном процесса является повреждение брюшины и организация соединительной ткани между листками поврежденной брюшины, наиболее перспективным был анализ средств, которые приводят к размежеванию раневых поверхностей и одновременно имеют антисептические и противоспаечное действие таким раствором декасан и ФЛС.

2. Профилактика образования послеоперационных спаек с интeроперационном промывание брюшной полости с раствором декасана и с последующим введение фибринолитический смесь показала высокую эффективность данного метода.

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ

Бердиев Э.А.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали.

Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази

Муаммони долзарблиги: Болаларда ичак инвагинацияси ўткир ичак тутилишини кам учрайдиган тури бўлиб, ўртача 50% ташкил этади.

Ичак инвагинацияси 3 ойликдан-1 ёшгача оралиғида кўп учрайди. Болаларда ичак инвагинацияси даволаш усуллари ва тактикаси ҳозирги кунга қадар долзарблигича қолмоқда.

Тадқиқотимиз мақсади: Ичак инвагинацияси касаллигини муддатига қараб, даволаш тактикасини танлаш ва натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва текшириш усуллари: Даволаш натижаларини таҳлил қилиш учун ёшлари 2 ойдан- 6 ойлик бўлган 75 та бемор болалар олинди. 1 ёшгача бўлган болалар 42 (56)% ташкил этди. Касаллик бошланганидан 12 соатгача бўлган бемор болалар 47 (62)%, 12 соатдан 24 соатгача булганлари 8 (11)%, 2 кунлик муддат билан 13 (18)%, 3 кунлик ва ундан кўп муддат билан 7 (9)% тани ташкил этди.

Барча беморларда касаллик ўткир бошланиб, хуружсимон оғриқ белгилари билан, болани йиғлаши ва безовталаниш холалари кузатилган. Ахлатида қон ва қусиш аломатлари 45 (60)% болаларда кузатилса, қоринда ўсмасимон ҳосилалар пайпасланиши 31 (41,3)% болаларда аниқланди. Пневмоирригоскопия ёрдамида ичак инвагинациясини 70 (93)% аниқлаш имконини берди. Қорин бўшлиғи УТТ текшируви ёрдамида 10 беморни 9 тасида “**инвагинат**” бўлиги аниқланди.

Ичак инвагинациясини илеоцекал тури билан 73 (97,4)% бола, ингичка-ингичка ичак тури тури билан 2 (2,6)% бемор болаларда аниқланди. Ичак инвагинацияси касаллигини эрта даврида муружаат қилган 48 (64%) беморларда консерватив даво ижобий самара берган бўлса, 27 та беморда хирургик амалиёт амалга оширилди; лапаротомия ва дезинвагинация-21, ичаклар резекцияси охирига-охири анастомоз-2, охири-ёнига-1 та беморда бажарилди. Лапароскопик дезинвагинация-6та болаларда амалга оширилди. 7та беморда қайта лапаротомия асоратлар ва ва қайта оператив

амалиётлар (перитонит ва қорин пардани битишмали касалликлар ҳисобига) бажарилди. Лапароскопик жарроҳлик амалиётларидан сўнг асоратлар кузатилмади.

Хулоса: Шундай қилиб, болаларда илеоцекал инвагинация касаллик бошланишини 1-чи суткаларидаёқ консерватив дезинвагинация 100% ҳолатларда ижобий самара беради. Видеолапароскопия ичак инвагинациясини диагностикасида асосий текширув усули бўлиб, кам шикаст етказиб видеолапароскопик дезинвагинацияни бажариш ҳисобига, яхши косметик натижага эришиш мумкин.

КЛИНИКО - НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Бобожанов У.А.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Частот встречаемости эпилепсии у детей с перинатальной патологией по данным литературы довольно противоречивы от 11,5 до 90%. Проблема взаимосвязи этих заболеваний является чрез-вычайно актуальной в детской неврологии. Ее значимость определяется: разнообразием клинических пароксизмов; резистентностью приступов к антиконвульсантной терапии в 25-30% случаев; усугублением под их влиянием степени тяжести уже имеющихся нервно- психических нарушений, усложнением проведения реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: изучить клинко-нейрофизиологические особенности эпилепсии у детей с перинатальной патологией.

Материал и методы исследования. Диагноз с перинатальная патология и эпилепсия у детей с неврологическим дефицитом на основании классификации; проводили неврологический осмотр, ЭЭГ. Данную группу наблюдений составили 26 человека (13 мальчиков и 13 девочек). Из них у 16 больных неврологический дефицит сочетался с эпилепсией 8 мальчиков и 8 девочек).

Результаты и обсуждение. Эпилепсия у детей с неврологическим дефицитом перинатальной патологии до 1 года приступы впервые возникли у 4 детей (15,4%), в возрасте с 1 до 3 лет - у 4 пациентов (15,4%), с 3 до 5 лет- в 10 случаях (38,5%), у 8 (30,7%) приступ впервые случился в 11 лет. Дебютными приступами у 3 детей (11,5%) были простые парциальные с последующей вторичной генерализацией, у 2 (7,7%)-без вторичной генерализации. У 4 (15,4%) пациентов эпилепсия манифестировала с генерализованных топиче-ских (1), атопических (1) и тонико-клонических (2) приступов, у 13 (50%) детей родители описывали сложные парциаль-ные приступы. С лобно-долевой эпилепсии наблюдалось 4 человек. Фокальные моторные приступы с джексоновским маршем с последующими тонико-клоническими приступами наблюдались у 2 человек, у 1 из них, кроме того, были приступы в форме замирания с вокализацией или глотательными движениями с дальнейшими двигательными автоматизмами в виде педалирования. При визуальном анализе ЭЭГ у детей с неврологическим дефицитом перинатальной патологии выявлялась некоторая дезорганизация корковой ритмики. Отмечена недостаточная стабильность альфа ритма в 80%, изменение формы колебаний с синусоидальной на заостренную у 26,1%. Сред-ний вольтаж альфа-ритма у детей с сочетанной патологией составил у 55,1+25,7 мкВ. Полиморфная активность выяв-лена. Беспорядочные и нечеткие модуляции по амплитуде отмечались у детей с сочетанной патологией у 66,7%. Еще в 26,6% регистрировалась бета-активность средней ампли-туды и низкой частоты, локализованная преимущественно в теменно-центрально-лобной области. В остальных 46,8% имела место не локализованная бета-активность высокой амплитуды и частоты.

Вывод. Эпилептические припадки в 84,8% дебютируют в возрасте до 11 лет с неврологическим дефицитом перинатальной патологии. У подавляющего большинства

пациентов диагностирована симптоматическая парциальная эпилепсия (84,4%), в структуре которой доминировали лобные приступы (54,4%).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ганиев А.Г., Батиров А.Р., Назаров К.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: Анализ влияния базисной противовоспалительной терапии на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и уровень контроля над заболеванием у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 35 детей от 4 до 15 лет с БА. Исследование ФВД проводилось методом спирометрии на диагностическом спирометре Spirolab II с оценкой основных показателей; оценка и интерпретация результатов проводилась в соответствии с международными рекомендациями. Результаты и их обсуждение. У больных с лёгким течением бронхиальной астмы регистрировалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ, $p < 0,02$), максимальных объёмных скоростей потока кривой в точках, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС₂₅, $p < 0,001$; МОС₅₀, $p < 0,001$; МОС₇₅, $p < 0,001$) и средних значений максимальных объёмных скоростей потока кривой в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной ёмкости лёгких (СМОС₂₅₋₇₅, $p < 0,001$; СМОС₇₅₋₈₅, $p < 0,001$). Спустя месяц от начала наблюдения и лечения, у больных лёгкой формой бронхиальной астмой констатировалось удовлетворительное общее состояние, никаких жалоб пациенты не предъявляли, астматические приступы за указанный промежуток времени у них не возникали, клинические проявления болезни отсутствовали. Значения флуометрических показателей у детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличались от значений указанных показателей у практически здоровых детей. Доля детей с БА легкой степени составила 43 %, с БА средней тяжести - 49 %, с БА тяжелой степени - 8 %. До начала лечения нарушения ФВД по обструктивному типу были выявлены у 81 % ребенка, по рестриктивному типу - у 3 %, по смешанному типу - у 4 %, у 12 % детей вентиляционных нарушений не было выявлено. После курса лечения нарушения ФВД по обструктивному типу отмечались лишь у 15 % детей, нарушений по рестриктивному типу не было выявлено, по смешанному типу нарушения оставались у 1 % ребенка, у 84 % пациентов отсутствовали нарушения ФВД. Контролируемая БА была установлена у 57 % пациентов до начала лечения и у 83 % после курса лечения, неконтролируемая БА выявлена у 43 % и у 17 % соответственно ($p = 0,0012$).

Выводы: На фоне проводимой базисной противовоспалительной терапии у детей с БА отмечено значимое улучшение показателей ФВД и повышение контроля над заболеванием.

КРАТКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В ЛАТИНСКОМ, УЗБЕКСКОМ И НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКАХ

Гаппарова Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Медицинская терминология создавалась на протяжении всей истории существования медицины и продолжает развиваться параллельно с медицинской наукой. Каждый профессионал, независимо от специальности, должен грамотно пользоваться постоянно обновляющимся и вновь создающимся профессиональным языком и понимать правила и законы, которые определяют возникновение тех или иных терминов. Медицинские работники любой страны, наряду с терминами, возникшими на почве родного языка, пользуются массой международных, общепринятых терминов, которые возникли на основе древнегреческого и латинского языков.

Эти термины носят универсальный характер, вошли во всеобщее употребление и понятны профессионалам независимо от их национальной принадлежности. Такие термины-интернационализмы составляют основной фонд медицинской науки любой страны, включая Узбекистана и страны, говорящие на немецком языке.¹

Поскольку любая терминологическая система исторически развивается в рамках языка данной науки, ее образование подчинено языковым закономерностям исторического и социального развития, отражает специфику предметной научной области. Поэтому, для того чтобы понять особенности терминосистемы, сложившейся в той или иной науке, необходимо рассмотреть историю формирования этой науки в целом. При написании они соответственно заменены на гласные а, е, и согласные t, r, j, f. Также в таких конечных клинических терминологических элементах как *logia, opia/opsia, ectomia, stomia, tomia, pathia, graphia, thermia, trophia, phonia* и др. ударение, как правило, падает на дифтонг *ía* и соответственно пишется с графическим ударением. Но не все клинические терминологические элементы следуют правилу постановки ударения на конечном слоге с дифтонгом *-ía*. Так, латинский конечный клинический терминологический элемент *-rrhaphia*, обозначающий процесс сшивания (*glossorrhaphia* – сшивание языка) звучит на немецком языке как *raffias* ударением на предпоследнем слоге (*glossorrafia*). Другой наиболее часто встречающийся пример это – терминологический элемент *therapia*, обозначающий «лечение», при этом основной акцент делается на употребление этого терминологического элемента в значении «лечение (чем)».

В немецком языке, несмотря на типичное окончание *-ía*, ударение в слове падает на предпоследний слог, соответственно пишется без графического ударения. Например: *balneoterapia* – лечение водными процедурами (ваннами), *kinesiterapia* – лечебная физкультура, т.е. лечение движением (*kinesia* – движение, двигательная активность).

Некоторые латинские существительные женского рода, заканчивающиеся на *-tio* в единственном числе именительного падежа с окончанием – *onis* в родительном падеже единственного числа, как правило, в немецком языке имеют соответственно окончание женского рода *-tion, -sion* или *-ung*

Ведущая роль древнегреческого и латинского языков в формировании интернациональной медицинской терминологии объясняется историческими причинами, тем уникальным значением, которое имела античная цивилизация Древней Греции и Древнего Рима для развития европейской цивилизации. Помимо вышперечисленных наиболее частых примеров существуют другие, в которых наблюдаются не только нестандартные преобразования, но и изменение рода, например, латинское

¹1. Рабочая тетрадь по латинскому языку для студентов-медиков. Часть 2. Клиническая терминология и рецептура / Институт иностранной филологии. Кафедра иностранных языков №4. – Симферополь, 2016. – 79 с.

существительное *sanation, -onis*, также женского рода перешло в немецкий язык в разряд существительных мужского рода с окончанием *-mientio, sanation-*, полностью сохранив при этом свое первоначальное значение – санация, оздоровление, излечение.

Поскольку любая терминологическая система исторически развивается в рамках языка данной науки, ее образование подчинено языковым закономерностям исторического и социального развития, отражает специфику предметной научной области. Поэтому, для того чтобы понять особенности терминосистемы, сложившейся в той или иной науке, необходимо рассмотреть историю формирования этой науки в целом.

Ведущая роль древнегреческого и латинского языков в формировании интернациональной медицинской терминологии объясняется историческими причинами, тем уникальным значением, которое имела античная цивилизация Древней Греции и Древнего Рима для развития европейской цивилизации.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УЧЕТ ИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Гаппарова Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

При рассмотрении характеристик видов речевой деятельности возникает необходимость более четкого определения нашего понимания самого явления «речевая деятельность» (РД). Эта необходимость вызвана несколько противоречивой ситуацией, при которой, с одной стороны, активно и успешно разрабатывается теория речевой деятельности, а с другой – остается не снятым утверждение, что «строго говоря, речевой деятельности, как таковой, не существует. Есть лишь система речевых действий, входящих в какую-либо деятельность – целиком теоретическую, интеллектуальную или частично практическую»².

Согласно развиваемой в данной работе точке зрения, речевая деятельность представляет собой процесс активного, целенаправленного, опосредствованного языком и обусловливаемого ситуацией общения, взаимодействия людей между собой (друг с другом). Речевая деятельность людей может входить в другую, более широкую деятельность, например общественно-производственную (трудовую), познавательную. Однако она может быть и самостоятельной деятельностью. Подтверждением этому служит тот факт, что каждый вид РД имеет «свое профессиональное воплощение». Например, речевая деятельность говорения определяет профессиональную деятельность лектора, письмо – профессиональную деятельность писателя, а перевод – деятельность переводчика. Явно, что в этих случаях речевая деятельность реализует как собственно коммуникативную, так и профессиональную деятельность людей. Она выступает в качестве самостоятельной, профессионально «зафиксированной» деятельности человека. Следовательно, и обучение речевой деятельности на иностранном языке должно осуществляться с позиции формирования и самостоятельной, определяющей всей полнотой своих характеристик деятельности.

Речевая деятельность реализуется в таких ее видах, как слушание, говорение, чтение, письмо. Эти виды РД рассматриваются как основные формы взаимодействия людей в процессе вербального общения. Определение перевода в качестве вида РД не является самоочевидным. И ниже будет приведена специальная аргументация в пользу этого определения. И уже совсем непривычным является утверждение в качестве вида речевой деятельности думания. Однако думание (размышление) правомерно определять взаимодействия человека с самим собой. Думание часто предшествует основным формам

² ¹ *Леонтьев А. А.* Теория речевой деятельности. М., Наука, 1971, с 27. 40

взаимодействия человека с другими людьми, играя роль «черновика», подготовки, самопроверки, правильности последующего выполнения таких видов речевой деятельности, как говорение, письмо. Важность этого вида РД очевидна, и вызывает сожаление тот факт, что думанию, как правило, не учат ни на родном, ни тем более на иностранном языке.

Рассмотрим, что объединяет и что отличает виды РД по этим параметрам. По характеру речевого общения речевая деятельность дифференцируется на виды, реализующие устное общение, и виды, реализующие письменное общение. Именно эти виды речевой деятельности формируются у человека в онтогенезе как способы реализации его общения с другими людьми. Здесь еще раз следует отметить, что онтогенетический путь формирования говорения на родном языке не предполагает повторения этого пути при обучении иностранному языку. По выполняемой в процессе общения роли виды РД дифференцируются на инициальные и реактивные. Говорение и письмо, являются инициальными процессами общения, стимулирующими слушание и чтение. Слушание и чтение выступают в качестве ответных реактивных процессов и в то же время они являются условием говорения (письма). При этом, как отмечал еще Л. В. Щерба, эти процессы являются внутренне не менее активными, чем, например, процесс говорения.

По направленности осуществляемого человеком речевого действия на прием или выдачу речевого сообщения виды РД определяются как рецептивные и продуктивные. Посредством рецептивных видов РД (слушания, чтения) человек осуществляет прием и последующую переработку речевого сообщения. Посредством продуктивных видов РД (говорения, письма) человек осуществляет формы этого мышечного, кинестетического контроля от органов артикуляции и от руки.

Наряду с мышечной «внутренней» обратной связью продуктивные виды РД регулируются и «внешней» слуховой обратной связью в говорении и «внешней» зрительной обратной связью в письме. При этом, отмечая преимущества пространственного зрительного восприятия по сравнению с необратимым во времени слуховым восприятием, подчеркнем большую произвольность и контролируемость письма субъектом деятельности, но сравнению с говорением. Эта особенность письма должна быть учтена при обучении этому виду РД на иностранном языке.

ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ

Джуманиязова Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности. Этиология и патогенез Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются вирусы. Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток). Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным. Инкубационный период большинства вирусных болезней – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель. Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления. Симптомы ОРВИ

являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно. Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРВИ» на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ИММУНИТЕТА

Джуманиязова Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Развитие рака молочной железы сопровождается заметным снижением естественного противоопухолевого иммунитета организма. Характерным признаком такого снижения естественного иммунитета организма являются значительные нарушения в системе функционирования естественных киллеров (ЕК). В свою очередь, изменения количества ЕК, их структуры и функциональной активности являются характерными признаками иммунодефицита больных с раком молочной железы.

Цель исследования- выявить корреляции между генетическими характеристиками развития рака молочной железы и состоянием у больных противоопухолевого иммунитета.

Материалы и методы исследования. Исследования были проведены на 6 пробандах с наследственной предрасположенностью к онкозаболеваниям (1 группа) и на 44 пробанде со спонтанной формой рака молочной железы (2-я группа). Все больные были с местно расположенным раком молочной железы – $T_2N_{1-2}M_0$ и $T_3N_{1-2}M_0$.

Результаты и обсуждение. Анализ субпопуляционного состава Т-клеток не выявил изменений этих показателей в зависимости от генетической характеристики обследован-

ных пробандов. В то же время и у больных с наследственной и у больных со спонтанной формами рака молочной железы имела место тенденция к снижению общего числа Т-клеток, при этом у больных с наследственной формой рака молочной железы эта тенденция выражена даже более явно, чем у больных со спонтанной формой заболевания. Количество Т-хелперов ($CD4^+$) у больных обеих групп статистически достоверно не различалось и соответствовало уровню Т-хелперов у здоровых лиц. В то же время количество Т-супрессоров ($CD8^+$) у больных со спонтанной формой рака молочной железы статистически достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Количественные изменения основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-клеток отражаются и на величине иммунорегуляторного индекса (ИРИ), определяемого соотношением $CD4^+/CD8^+$. ИРИ незначительно снижен в группе больных с наследственной формой рака молочной железы по сравнению с контрольной группой за счет возрастания количества $CD8^+$, что является манифестным признаком иммунодепрессии, а иммунодепрессию, в свою очередь, возможно рассматривать как фактор, способствующий росту опухоли. В группе обследованных больных со спонтанной формой рака молочной железы ИРИ был увеличен до 2.6, что свидетельствует, по-видимому, о невыраженном иммунодефиците на момент обследования данных больных. Нами показано, что и у больных с наследственной и со

спонтанной формами рака молочной железы имеет место повышение содержания естественных киллеров по сравнению со здоровыми лицами. Это, по-видимому, свидетельствует о наличии компенсаторного механизма для коррекции иммунологического гомеостаза. Средняя активность естественных киллеров у больных с наследственной формой рака молочной железы значительно отличалась от таковой у здоровых лиц. Нами было показано, что из 6 обследованных больных с наследственной формой рака молочной железы у 5 больных активность естественных киллеров была снижена и только у 1 больного она была приближена к нормальным значениям этого показателя. Характерным является то, что наряду со снижением естественной киллерной активности у обследованных больных были выявлены и другие нарушения в звеньях системы иммунитета, в частности, имело место Т-лимфоцитопения. Средняя естественная киллерная активность у больных со спонтанной формой рака молочной железы индивидуально значительно варьировала - у 28 больных в среднем этот показатель был приближен к таковому у здоровых женщин, у 13 обследованных женщин этот показатель статистически достоверно превышал показатель естественной киллерной активности у здоровых женщин, что объяснялось более выраженным региональным метастазированием у этой группы больных.

Выводы.

1. Существуют корреляции между генетическими характеристиками развития рака молочной железы и состоянием противоопухолевого иммунитета.

ЦЕЛЕБНЫЕ СВОЙСТВА ВИНОГРАДА

Джуманиязова З.Ф., Абидов Ф.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Виноград полезный для здоровья человека излечивает тысячи болезней. Особенность винограда в том, что его можно сравнить с молоком матери. Виноград содержит все витамины группы В, а также витамины Е, А, РР, К, С и D. Кроме того, он содержит железо, медь, калий, кальций, магний, цинк, бор, ванадий, молибден, алюминий, пектин, селен, титан, кобальт, анион радия, хлор, кремний и серу. В качестве чистящего средства виноград может изгнать любую инфекцию, которая нанесла организму человека. Его антисептические свойства защищают человека от отравления.

Виноград содержит воду, глюкозу, пектин, белки, углеводы, ненасыщенные и насыщенные жирные кислоты, эфирные масла и красители. Фитостерин в оболочке плода содержит антиоксиданты при раке и других серьезных заболеваниях. Он содержит минеральные соли в дополнение к нескольким витаминам. Благодаря этим веществам организм человека всегда легок и свободен от инфекций. Мировые целители признают, что виноград способствует выведению мокроты, выделению пота, очищению от ядов и инфекций, приводит к уничтожению бактерий, разрушению камней в организме и остановку крови.

При воспалении толстой кишки рекомендуется выпивать стакан виноградного сока в день. Употребление стакана виноградного сока 4 раза в день помогает отвести мочу. Настойка виноградного листа нормализует уровень сахара в крови. Поэтому виноград играет особую роль в рецепте больных сахарным диабетом.

Лечение виноградом и его соком устраняет аппетит. Это эффективное средство от бессонницы, анемии, заболеваний почек, неврозов и нарушений обмена веществ. Наиболее прибыльным сортом винограда является черный перец, который рекомендуется людям с анемией. Даже больным раком назначают черный виноград или изюм в качестве стимулятора иммунитета. Виноградный сок повышает энергию благодаря наличию полезных элементов, таких как фруктоза, глюкоза, сахароза, рафиноза, ксилоза. Виноград назначают при таких заболеваниях, как анемия, сердечно-сосудистые заболевания,

хронический гепатит. Также рекомендуется употреблять виноград против желудочно-кишечного тракта, острого и хронического нефрита, неврозоз.

Люди, у которых в почках камни или песок, избавляются от него, когда постоянно едят виноград и пьют сок. Полезно пить виноградный сок от простуды и астмы в дыхательных путях.

Таким образом виноград наделён целебными свойствами, благодаря которым его можно использовать как средство для профилактики многих заболеваний.

КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ РАСТИТЕЛЬНЫМИ СБОРАМИ ФИЛИПИЛ И ТРИБУЛИПИЛ

Джуманиязова Н.С., Разикова И.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Республиканский Научно-Специализированный Аллергологический Центр,

Целью настоящего исследования является изучение эффекта растительных лекарственных сборов и экстрактов Филипил и Трибулипил на иммунологические показатели при вторичных иммунодефицитах в эксперименте.

В состав сбора филипил входят кипрей, якорцы стелющиеся, тысячелистник, календула, а в Трибулипила кипрей и якорцы стелющиеся. В опытах использовали белых беспородных мышей. Моделями вторичных иммунодефицитов служили: острый токсический гепатит (ОТГ), лучевая болезнь и гемолитическая анемия. В селезенках мышей определяли число антителообразующих клеток (АОК) по методу Эрне и Нордина (1963). В периферической крови мышей определяли титр антител к ЭБ. Кроме этого подсчитывали общее число клеток в центральных (тимус, костный мозг) и периферических (лимфатические узлы) органах иммунитета.

Установлена при лучевой болезни иммунный ответ к эритроцитам барана (ЭБ) снижается в 6,9 раз. Под воздействием Филипила угнетенный иммунный ответ к ЭБ у мышей повышается в 3 раза, а при введении Трибулипила - в 2,6 раза. Титр антител к ЭБ в крови снижается в 1,9 раза, а при Филипила и Трибулипила повышается соответственно 1,2 и 1,5 раза. После облучения число клеток в тимусе, костном мозге и лимфатических узлах снижается в 1,6-2,1 раза. Изученные сборы способствуют повышению клеток в органах иммунитета.

При ОТГ иммунный ответ к ЭБ угнетается в 4,5 раз. Под воздействием Филипила угнетенный иммунный ответ к ЭБ у мышей повышается в 2,6 раза, а при введении Трибулипила - в 3 раза. Сбор способствует повышению титра антител к ЭБ в крови и приросту клеток в центральных и периферических органах иммунитета.

При гемолитической анемии, также как и в предыдущих моделях, происходит подавление способности отвечать на антигенный стимул: число АОК в селезенках снижается в 3,4 раза, титр антител к ЭБ в крови снижается в 1,8 раза и существенно (в 1,5-1,6 раза) уменьшается число клеток в органах иммунитета. Под воздействием Филипила угнетенный иммунный ответ к ЭБ у анемичных мышей повышается в 2,6 раза, а при введении Трибулипила - в 2,8 раза. Наблюдается повышение титра антител к ЭБ в крови и число клеток в органах иммунитета.

Полученные результаты свидетельствуют о способности изученных растительных лекарственных сборов Филипил и Трибулипил корректировать нарушения в иммунной системе при вторичных иммунодефицитных состояниях.

Разработка нового гемостатического препарата для использования при ранении паренхиматозных органов.

Плисс М.М., отделение общей хирургии, Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Плисс М.Г., Лаборатория биофизики ПСПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация., Федеральный Северо-Западный центр Сердца, крови, эндокринологии имени В.А.Алмазова.

Введение: Огненные, осколочные и ножевые ранения часто сопровождаются значительной кровопотерей и являются основной причиной смерти во время военных конфликтов, автомобильных аварий, природных и техногенных катастроф. Своевременная, эффективная остановка кровотечений на догоспитальном этапе является одним из основных вопросов как полевой и неотложной медицины так и плановых оперативных вмешательств с объемными резекциями. Физические методы временной остановки кровотечения (максимальное сгибание конечностей, перевязка под турникетами, пережимание артерий пальцами, наложение жгутов и т. Д.) Имеют существенные недостатки. В последние годы местные гемостатические средства (МГС) могут быть использованы как при повреждении сосудов так и паренхиматозных органов. Например, QuickLot с основой на минеральных породах (производных цеолита) при нанесении на рану выделяет большое количество тепла. В результате кровотечение прекращается не из-за коагуляции, а из-за «прижигания», которое вызывает у пациента коагуляцию тканей а так же может вызвать и ожоги. Разработанный препарат KAPROFER NEO представляет собой комплексный препарат солей трехвалентного железа, аминокaproновой кислоты и ряда неорганических компонентов(являющихся буферным компонентом). Препарат представляет собой оранжевую гидрофобную жидкость. Препарат наносят на поверхность раны влажным тампоном или распылителем.

Материалы и методы.

Методика. Мы проанализировали эффективность этого препарата при экспериментальном паренхиматозном кровотечении из ткани печени. Эксперименты проводились на 16 лабораторных крысах линии Вистар - самцы весом 350 г. Под лапаротомией под нембутальной анестезией (35 мг / кг) был выполнен разрез 40 мм параллельно правой реберной дуге с обнажением левой боковой доли печени. Затем был сделан дозированный разрез длиной 15 мм и глубиной 10 мм. Через 10 секунд рану высушивали салфеткой и проводили гемостаз с орошением раневой поверхности KAPROFER NEO. Оценивали время гемостаза и его стабильность в течение 1 часа. Результаты. У всех 16 лабораторных крыс применение KAPROFER NEO вызывало гемостаз в течение не более 5 секунд после нанесения препарата. На поверхности раны плотная темно-коричневая пленка. образуется до черного цвета, плотно прилегает к этой поверхности. Когда это происходит, прекращается кровотечение. Плотное соединение поверхностной пленки с подлежащей тканью сохранялось на протяжении всего периода наблюдения (более 1 часа). Выводы.

Вывод: использование KAPROFER NEO способно остановить острый паренхиматозный кровоток, что может предотвратить фатальную кровопотерю как на догоспитальной стадии помощи так и при стационарных оперативных вмешательства в случае массивных повреждений паренхиматозных тканей.

Конфликты интересов: не заявлено.

СПЕЦИФИКА ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Дзугаева З.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Становление современного специалиста-медика, владеющего современными передовыми отечественными и зарубежными медицинскими технологиями, в значительной степени зависит от того, насколько оперативно он умеет извлекать профессионально ориентированную информацию не только на родном, но и иностранном языках. В этой связи встает проблема обучения студентов медицинского вуза

иноязычному профессионально ориентированному чтению с максимальным пониманием информации специального характера. Проблема обучения иностранного языка в неязыковых вузах исследовалась многими авторами (Т.Ю.Полякова, С.К.Фоломкина, А.Я.Багрова, Е.С.Давиденко, Л.С.Банникова, З.И.Клычникова, Г.А.Костерин, В.Ф.Толстоухова, и др.), однако ее актуальность не утрачивается и в настоящее время, в связи с тем, что уровень владения данным умением выпускниками неязыковых вузов, в том числе медицинских, не соответствует современным требованиям и не является в полном объеме профессионально-значимым компонентом подготовки будущего медика. Основными недостатками организации языковой подготовки студентов в медицинском вузе являются дефицит времени, отводимого на иностранный язык; низкий уровень языковой компетенции абитуриентов; отсутствие методики обучения иностранному языку, учитывающей специфику междисциплинарной подготовки студентов-медиков.

Это обусловлено следующими факторами:

-не эффективностью практических разработок по обучению иностранным языкам как профессионально-значимым умениям будущих медиков;

-отсутствием научно обоснованных подходов и методик обучения иностранному языку студентов-медиков;

-недостаточной разработанностью методики обучения студентов-медиков

В настоящее время все большее внимание уделяется вопросам обучения иностранному языку как языку профессионального взаимодействия, при котором чтение, говорение, письмо и аудирование медицинской литературы рассматривается как основной источник получения новейшей информации специального характера, способствующей повышению уровня профессиональной компетентности выпускников неязыковых вузов. При таком подходе важнейшей составляющей обучения иностранному языку в медицинском вузе становится профессионально ориентированное развитие навыков и умений иноязычной компетентности.

ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности антибиотикопрофилактики при операции кесарево сечение, с целью снижения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при минимальной антибактериальной нагрузке.

Проанализировано 280 случаев родоразрешений проведенных путем операции кесарево сечение за 2017-2018гг в Областном Перинатальном центре, где базируется кафедра Акушерства и гинекологии УфТМА, с выполнением полной клинико-статистической характеристики пациенток.

В зависимости от данных анамнеза, типа операции (плановая/экстренная), особенностей течения родов до родоразрешения путем операции кесарево сечение, технических особенностей операции, нами были разработаны критерии и выделены четыре группы пациенток послеоперационного инфекционного риска. В первую группу «высокого» инфекционного риска включены 88 (31,4%) пациенток с гипертермией в родах, операция выполнена при неполном открытии маточного зева, или причиной расширения объема оперативного вмешательства, явилась кровотечения. У этих пациенток антибиотикопрофилактика (амоксиклав 1,2 г, или цефтриаксон 1,0 г) применялись в течение 72 часов начиная с интраоперационного введения после «пережатия» пуповины. К группе «среднего» инфекционного риска отнесены 102 (36,4%) пациенток, операция у которых была проведена на фоне выраженного многоводия, или с

рубцом на матке, несостоятельность рубца на матке после операций на стенке матки, длительного безводного периода более 12 часов, аномалий родовой деятельности не поддающейся коррекции и наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости. Антибиотики амоксилав 1,2 г, или цефтриаксон 1,0 г в этой группе применялись в течение 16 часов, начиная с интраоперационного введения после «пережатия» пуповины и еще дважды с интервалом 8 часов. К группе «низкого» инфекционного риска были отнесены 35 (12,5%) пациентки, у которых кесарево сечение выполнено на фоне отягощенного акушерского анамнеза (ЭКО и ПЭ, невынашивания беременности в анамнезе). В этой группе антибиотикопрофилактика проводилась однократно после пережатия пуповины (амоксилав 1,2 г или цефтриаксон 1,0 г – внутривенно). Четвертую группу условно обозначенную «без риска» составили 55 пациенток с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом и неосложненным течением настоящей беременности. Основными показаниями к операции кесарево сечение в этой группе явились экстрагенитальные заболевания в виде заболевания глаз, несоответствие размеров таза на размеры предлежащей части плода, неправильное положение плода. В этой группе антибиотикопрофилактика не проводилась. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартной программы STATISTICA for Windows, Release 6,0.

Результаты исследования и обсуждение. В плановом порядке операция выполнена у 163 (58,2%) беременных, в экстренном – 117 (41,8%). Средний возраст пациенток составил $31,2 \pm 12,2$ года. Первородные составили 103 (36,7%) случаев, что является безусловным резервом для повешения частоты кесарева сечения в этих когортах. У 65,4% беременных акушерско-гинекологический анамнез был отягощен абортми, самопроизвольными выкидышами или диагностическими выскабливаниями по поводу гинекологической патологии, и у 79,5% течение настоящей беременности сопровождалось угрозой прерывания и преждевременных родов, анемией, ОРВИ, ПЭ, задержкой роста плода, предлежанием плаценты. Соматический анамнез был отягощен хроническим пиелонефритом, циститом у 33,2% пациенток. Следует отметить, что в первой группе инфекционного риска у 13 (14,8%) родильниц диагностирована субинволюция матки, у остальных отмечено неосложненное течение послеоперационного периода. Во второй группе только у 3 (2,94%) пациентки отмечена субинволюция матки. В группах с «низким» и «без риска» не отмечены гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. У 99,4% пациенток этих групп течение послеоперационного периода, по данным ультразвукового исследования, клинико-лабораторных показателей, были в пределах нормы, что позволило проводить максимально раннюю выписку из родильного дома матери и ребенка.

Таким образом, наши исследования показывают, что схемы антибиотикопрофилактики предусматривающие однократное введение дозы антибиотика, так же эффективны как прием антибиотиков на протяжении 72 часов. Проведение эффективной оценки инфекционного индекса позволяет отказаться от назначения антибиотиков.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО АБОРТОВ

Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

До тех пор пока искусственное прерывание беременности имеет место в жизни общества, стремление врачей уменьшить отрицательное влияние аборта на организм женщины и последующие беременности - актуальная задача акушерства. Целью работы явилась оценка влияния на течение последующей беременности у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов. Были обследованы 12 первородящие

пациентки в возрасте 20–38 лет. Женщины были разделены на три группы: с хирургическим абортom в анамнезе, с медикаментозным абортom в анамнезе, и контрольная группа первобеременных женщин. Изучение особенностей течения беременности дало следующие результаты: в I триместре угроза прерывания беременности была одинакова во всех группах женщин. Однако ситуация менялась в последующих триместрах. Уже во втором триместре у 44% в группе с хирургическим абортom в анамнезе и у 19% в группе, где аборт производился медикаментозно, появились признаки угрожающего прерывания беременности. В III триместре особенно выражена угроза преждевременных родов в группе с хирургическим абортom – 19% обследованных по сравнению с группой с медикаментозным абортom, где эта цифра составила 8%. Преэклампсия встречалась гораздо чаще в группе женщин с хирургическим абортom в анамнезе (9%) по сравнению с группой, где аборт был медикаментозный (5,3%), и с группой сравнения, где это где аборт производился медикаментозно, появились признаки угрожающего прерывания беременности. и с группой сравнения, где это процент составил всего 3%. С учетом данных фетоплацентарного комплекса, включающего ультразвуковую фетометрию, доплерометрию, кардиотокографию, был выявлен следующий факт: каждая третья женщина с хирургическим абортom в анамнезе имела признаки хронической плацентарной недостаточности. Это в 1,7 раза больше, чем у женщин с медикаментозным абортom в анамнезе, т.е. в данной группе у каждой пятой были выявлены упомянутые признаки. В группе сравнения это была каждая 9-я женщина. Задержка развития плода как признак хронической плацентарной недостаточности в 2,8 раза чаще проявлялся в группе с хирургическим абортom. По результатам анализа реактивности сердечной деятельности плода и доплерометрии можно сделать вывод о том, что у женщин с хирургическим абортom в анамнезе почти в 2 раза чаще отмечалась гипоксия плода по сравнению с группой с медикаментозным абортom и в 4 раза чаще по сравнению с группой контроля. Таким образом, анализ течения беременности дает основание говорить об отрицательном влиянии искусственного аборта на последующую беременность. Полученные результаты исследования позволили говорить о высоком риске развития хронической плацентарной недостаточности в группах, где имелся аборт в анамнезе. Однако анализ проведенного исследования дал нам право говорить о том, что влияние медикаментозного аборта на последующее течение гестации менее отрицательно выражено по сравнению с влиянием хирургического прерывания беременности на те же процессы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛИНКОБАЛ ПРИ ДОРСАЛГИЯХ

Жаббаров М.Т.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Боль в пояснице или дорсалгии является одним из наиболее часто встречающихся в общетерапевтической практике синдромов. В настоящее время с целью купирования болевого синдрома и уменьшения воспалительно-дегенеративных изменений в первых корешках используется широкий спектр нестероидных противовоспалительных препаратов.

Цель исследования - оценить эффективность препарата Линкобал при лечении дорсалгии пояснично-крестцовой локализации.

Материал и методы исследования. Для оценки анальгетического эффекта препарата Линкобал были обследованы 34 больных в возрасте 20-70 лет (средний - 38,3года), находившихся на лечении в частной клинике «Хоразм-Нейрон» с острыми болями в спине высокой интенсивности, обусловленными вертеброгенными мышечно-тоническими синдромами. Диагноз верифицировали с помощью магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии. Клинико-неврологические исследования: анализ интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), степени ограничения подвижности, выраженности симптомов натяжения. Линкобал (в составе

метилкобаламин 1500 мкг; прегабалин 75мг) применяли по 1 таблетке на ночь, в течение 10 дней. Кроме этого препарата больным назначали общепринятую терапию (анальгетики, витамины группы В, физиотерапию). Группу сравнения составили 20 больных, получавших общепринятую терапию.

Эффективность лечения Линкобал оценивали по пятибалльной шкале.

Результаты и обсуждение. При оценке эффективности лечения в основной группе отличный эффект наблюдался у 15 больных, хороший – у 10, улучшение – у 7, без эффекта – у 2. В группе сравнения хороший эффект был у 8 пациентов, улучшение – у 7, отсутствовал – у 5. Все пациенты, принимавшие Линкобал, отмечали улучшение в виде снижения острого вертеброгенного болевого синдрома, положительно реагировали на лечение, у 80% пациентов наблюдалось быстрое наступление анальгетического эффекта. Переносимость препарата у большинства больных была хорошей. В основной группе при применении Линкобал уже на 5-й день лечения наблюдалось отчетливое снижение выраженности болевого синдрома, в то время как в группе сравнения положительная динамика наметилась на 7-й день.

Согласно результатам по шкале ВАШ, Линкобал является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования болевого синдрома.

Выводы. Линкобал оказывает мощное анальгетическое и миорелаксирующее действие даже при краткосрочном курсе лечения, о чем свидетельствует динамика симптомов интенсивности боли по ВАШ и динамика неврологических симптомов натяжения, уменьшение дефанса мышц спины, уменьшение боли у 84% пациентов.

ХРОМОСОМА БУЗИЛИШЛАРИ – ИНСОН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ САБАБЧИСИ

Жабборова О.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Одам генетикаси пайдо бўлганидан бошлаб, дунё олимларининг доимий диққат эътиборини жалб этган генетиканинг устувор йўналишидир. Инсониятнинг атом энергиясидан кенг фойдаланиш даврига кириб келиши, қишлоқ хўжалиги маҳсулотлари етиштиришда зараркунандаларга қарши қўлланиладиган кимёвий захарли моддалар, заминимизни фалокат ёқасига тобора яқинлаштираётган ҳар хил саноат чиқиндилари одам генетикаси борасида биологиянинг олдига ҳали охиригача ўрганилмаган инсон ирсиятининг моддий асосининг тузилиши, унинг хоссаларини ўрганиш билан бир қаторда, хромосомалардаги спонтан ёки қандайдир мутаген омиллар таъсири натижасида келиб чиқадаган ўзгаришларнинг аҳамиятини, одам ривожланиши ва унинг келажак авлодлари ирсиятидаги аҳамиятини баҳолаш вазифасини кўйди. Одам хромосомасини таҳлил қилиш усуллари такомиллашган сари кўпчилик касалликларнинг сабабчиси айнан хромосома сонидаги ёки структурасидаги бузилишлар эканлиги маълум бўлди. Хромосома аномалиялари инсон касалликларида муҳим рол ўйнаши, шубҳасиздир. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, барча янги туғилган чақалоқларнинг тахминан 2,5-3 фоизида ривожланишида турли нуқсонлар кузатилади. Улардан 1 фоизига яқини ген касалликлари, 0,5 фоизи хромосома касалликлари ва 2 фоизига яқинини турли омиллар таъсирида юзага келадиган туғма ривожланиш нуқсонлари ташкил қилади. Сўнгги маълумотларга қараганда, ер юзиде 4-5 фоиз болалар ирсий касалликлар билан туғилиши аниқланган, шунингдек болалар ўлимининг 10-20 фоизи ирсий касалликлар туфайли содир бўлади. Дунёдаги мавжуд инсон хасталикларининг 20 фоизини айнан хромосомадаги бузилишлар (аномалия) билан боғлиқ хасталиклар ташкил этади. Хромосома касалликларида ривожланишидаги барча ички нуқсонларнинг келиб чиқиши катта ўрин эгаллайди, ҳомиладорликнинг ҳар хил муддатларида спонтан бола ташлашлар хромосомадаги ген балансининг бузилишидир, масалан ўлик туғилган болалар, болаларнинг эрта ўлими каби. Тахминан 1000 нафар

чакалокдан 1 таси хромосома касалликларидан нобуд бўлади. Ушбу ривожланишдаги ички нуқсонлар ақлан заиф болаларнинг туғилишига сабаб бўлади, болалардаги ақлан заифлик ёки ақлий орқада қолиши сабабларининг тахминан 20 фоизи туғма – ирсий нуқсонларга тўғри келади. Чакалоқларда жинсий хромосома анеуплоидияси билан боғлиқ касалликлар хромосома касалликларининг 40 фоизини ташкил этади. Дунёда жинсий хромосома анеуплоидиясининг айрим шакллари – Шерешевский – Тернер, Клайнфельтер синдромлари, X – хромосома трисомияси ва дубль – Y касалликларининг учраш тезлиги (частотаси) 1000 нафар чакалоққа мос равишда 0,4; 2,0; 1,5 ва 0,65 фоизни ташкил этади.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР 20% К.С НА ПОСЕВАХ ПШЕНИЦЫ

Жумаева А.А., Касимов Х.О.

Бухарский государственный медицинский институт

Среди пестицидов, применяемых в сельском хозяйстве особое место занимают инсектициды. Из них широкое признание получили синтетические пиретроиды в большинстве своём относительно малотоксичные для теплокровных организмов. Однако отличаются высокой стойкостью окружающей среде (Гольдштейн Н.И. 2001. и др)

Высокая инсектицидная и экономическая эффективность стимулирует поиски новых пестицидов класса синтетических пиретроидов.

В результате таких поисков создано новый, перспективный инсектицид “Селлер 20%КС”. Для решения вопроса о возможности использования его на площадях, предназначенных под продовольственные культуры и разработки соответствующих профилактических регламентов возникла необходимость в токсиколого-гигиенической оценке этого препарата, которая включено в плане координационного Совет Министерство здравоохранения Узбекистана (протокол № 2 от 20 февраля 2019)

Перед нами была поставлена цель оценить опасность Селлера 20% к.с для человека и разработать с учетом специфических особенностей земледелия в Средней Азии регламенты, гарантирующие безопасность окружающей среды и для потребителей сельскохозяйственных продуктов в условиях жаркого климата.

Селлер 20 % к.с. - производства ООО”Евго - Team”, Узбекистан Германия. Действующее вещества: альфа – циперметрин. Препарат предназначен для борьбы против вредителей на посевах пшеницы.

Проведены изучения острой, подострой и хронической токсичности и отдаленные действия препарата.

В результате санитарно-гигиенических и токсикологических исследований установлено: **Селлер 20% к.с.** по параметрам острой токсичности относится к III классу опасности (СанПиН РУз № 0321-15).

Разработаны и рекомендованы гигиенические нормативы препарата: ПДК в воде водоёмов на уровне – 0,04 мг/л (лимитирующий признак вредности – органолептический); ПДК в воздухе рабочей зоны – 0,24 мг/м³; ПДК в атмосферном воздухе – 0,002 мг/м³; МДУ в пшенице – 0,18 мг/кг, ОДК в почве – 0,2 мг/кг. Санитарно-защитная зона (СЗЗ) – 200 метров; сроки выхода на работу – 7 суток.

Таким образом, на основании вышеизложенного инсектицид **Селлер 20% к.с.** может быть рекомендован к применению в сельскохозяйственной практике при условии обязательного применения средств индивидуальной защиты глаз, кожи, органов дыхания (раздражает глаза и кожу) и соблюдении регламентов применения препарата, рекомендованных норм расхода и мер безопасности при работе с пестицидами.

АДЕНОВИРУСЛИ КОНЪЮНКТИВИТЛАР НАТИЖАСИДА РИВОЖЛАНГАН «ҚУРУҚ КЎЗ» СИНДРОМИНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Жуманиёзова Н.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Аденовирусли конъюнктивитдан кейин ривожланган ”куруқ кўз” синдромининг комплекс даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Текшириш материали ва усули: Олдимизга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун 40 нафар аденовирусли офтальмоинфекция сабабли ривожланган “куруқ кўз” синдроми билан оғриган 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган беморлар текширилди. Қўйилган мақсадга мувофиқ беморлар иккита гуруҳга ажратилди: асосий ва назорат гуруҳларга 20 нафардан беморлар киритилди. 1- назорат гуруҳида 25 нафар аденовирусли конъюнктивит натижасида ривожланган “куруқ кўз” синдроми билан касалланган беморларга (50 кўз) комплекс даволашда Слезол форте намлантирувчи кўз томчилари 1 томчидан 2 маҳал берилди. 2- асосий гуруҳида 25 нафар аденовирусли конъюнктивит натижасида ривожланган “куруқ кўз” синдроми билан касалланган беморларга (50 кўз) комплекс даволашда СуперОптик ГидроБаланс кўз томчилари 1 томчидан 3 маҳал буюрилди. Гуруҳларда ёшга ва жинсга боғлиқ аҳамиятли фарқлар кузатилмади. “Куруқ кўз” синдромини ташхислаш, субъектив белгиларга ва маҳсус текшириш усулларига асосланиб қўйилди. Бунда «куруқ кўз» синдромининг субъектив белгиларидан кўзнинг қизариши, ачишиши, қичишиши, ёт жисм сезгиси, кўзнинг қуриши кузатилди. Маҳсус текшириш усулларидан Ширмер I синамасини ўтказишда текшириш материали сифатида Ширмер тест таёқчаларидан (5x50) фойдаланилди. Бунда тест таёқчалари 45 градусга букилган ҳолатда пастки қовоқ конъюнктива халтасига 5мм киритилди ва бемордан 5 минут давомида кўзларини юмиб туриши сўралди. Қоғозли тест таёқчаларнинг кўз ёшлари билан намланиш даражасига қараб, Ширмер I тести кўрсаткичлари қуйидагича баҳоланди: 1. Кўз ёш суюқлиги меёрида (15мм га тенг ёки ундан катта). 2. Кўз ёш суюқлиги бироз камайганда (10мм дан 14мм гача). 3. Кўз ёш суюқлиги сезиларли даражада камайганда (5мм дан 9мм гача). 4. Кўз ёш суюқлиги жуда камайганда (5мм га тенг ёки ундан кичик). Норн синамасини (шоҳ парда олди ёш қавати бутунлигининг бузилиш вақти) ўтказишда 0,2 % флюоресцеин (бўёк) еритмасини шоҳ парданинг соат 12 соҳасига томизилди ҳамда бемордан кўзларини юмиш сўралди ва шу вақтда кўзларини очиш сўралди. Бўялган шоҳ парда олди ёш қавати бутунлигининг бузилиш вақти секундомер ёрдамида аниқланди. Норн синамаси кўрсаткичлари қуйидагича баҳоланди: 1. Кўрсаткич меёрида (>10 секунд). 2. Кўрсаткич бироз камайганда (5-10 секунд). 3. Кўрсаткич сезиларли камайганда (<5 секунд).

Натижалар. Аденовирусли конъюнктивит натижасида ривожланган “куруқ кўз” синдроми билан касалланган икки гуруҳ беморларни комплекс даволашдан кейин, субъектив шикоятларни ва клиник белгиларни камайишига, Ширмер ва Норн синамалари кўрсаткичларига асосланиб, бир ой давомида динамикада кузатилди. Беморларнинг шикоятлари 1 - ҳафтадан назорат гуруҳида 65%га ва асосий гуруҳда 70%га камайди. Бу динамик кузатишимизнинг бир ойдан кейинги натижаси I гуруҳдаги беморларда 86%, II гуруҳдаги беморларда 95%ни ташкил қилди, яни асосий гуруҳда шикоятлари камайган бемор кўзларининг сони, назорат гуруҳдаги бемор кўзларининг сонига нисбатан кўпчилиқни ташкил қилди. Жадвалда, Ширмер I ва Норн синамаларининг ўртача арифметик қиймати ва квадратик оғиш чегараларига ($M \pm a$) асосланган динамик кузатишларимиз натижалари келтирилган. Ширмер I синамаси бўйича, натижалар кўрсаткичи назорат гуруҳидаги беморлар кўзларида биринчи ҳафтада 64,6% ни, икки ҳафтадан кейин 67% ни, уч ҳафтадан кейин 76% ни, биринчи ойднинг охирида 86,2% ни ташкил қилди; асосий гуруҳда бу кўрсаткичлар биринчи ҳафтада 66% ни, икки ҳафтадан кейин 72% ни, уч ҳафтадан кейин 78,5% ни, бир ойдан кейин 95,1% бўлди. Норн синамаси

бўйича, даволашдан олдинги натижаларининг ўртача арифметик қийматларнинг фоизлардаги кўрсаткичи назорат гуруҳда 55%, асосий гуруҳда 56% бўлганди, даволашдан бир ой кейин бу кўрсаткичлар биринчи гуруҳда 84%га ва иккинчи гуруҳда 94% га ошди. Ушбу мониторингга кўра, биз асосий гуруҳда назорат гуруҳга нисбатан кўпроқ ижобий натижаларни олдик.

Хулоса. Ўтказилган текширув натижаларига кўра Ширмер ва Норн синамалари аденовирусли конъюнктивитдан кейин ривожланган «қуруқ кўз» синдромини динамикада мониторинг қилишда осон ва объектив усул ҳисобланади ва тавсия қилинади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АДЕНОВИРУСЛИ ОФТАЛЬМОИНФЕКЦИЯ ОҚИБАТИДА РИВОЖЛАНГАН «ҚУРУҚ КЎЗ» СИНДРОМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Жуманиёзова Н.Ш., Ахмедов Р.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тадқиқот мақсади. Қандли диабет билан хасталанган беморларда аденовирусли офтальмоинфекция натижасида ривожланган «қуруқ кўз» син- дромининг функционал диагностика усули, Ширмер синамаси ёрдамида баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Олдимишга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун 14 нафар қандли диабет билан хасталанган (1 – гуруҳ) ва 14 нафар диабетсиз (2 – гуруҳ) аденовирусли офтальмоинфекция сабабли ривожланган «қуруқ кўз» синдроми билан оғриган беморлар текширилди. Ҳамма беморларга асосий офтальмологик текширувлар визиометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроскопия ва қўшимча офтальмологик текширувлардан Ширмер синамаси усуллари қўлланилди. Икки гуруҳ беморларга ҳам асосий касалликга бериладиган давога қўшимча равишда, вирусга қарши воситалар ва консервантларсиз намлантирувчи кўз томчилари буюрилди.

Олинган натижалар. Беморларни комплекс даводан 10 кун кейин ўтказилган текширувларга кўра: 1 гуруҳ беморларда «қуруқ кўз» билан боғлиқ шикоятларнинг камайиши 3 нафарида (21.4%), шикоятларнинг йўқолиши 2 нафарида (14.2%) кузатилди, 2 гуруҳда «қуруқ кўз» билан боғлиқ шикоятларнинг камайиши 6 нафарида (42.8%), шикоятларнинг йўқолиши 8 нафарида (57.1 %) кузатилди. Визиометрия, периметрия натижалари даводан олдинги кўрсаткичлар билан бир хил. Ширмер синамаси (нормада > 15мм/5мин) таҳлилга кўра: 1 - гуруҳ беморларнинг 2 нафарида > 15 мм (14,2%), 4 нафарида 10-15 мм (28,5%), 8 нафарида 5-10 мм (57.1%) ташкил этди, 2 - гуруҳ беморларнинг 4 нафарида >15 мм (28.5%), 7 нафарида 10-15 мм (50%), 3 нафарида 5-10 мм (21.4%) натижалар кузатилади. Бу синама ёрдамида олинган натижалар «қуруқ кўз» синдромининг клиник кечиши симптомларининг динамикаси билан корреляцион боғлиқлик аниқланади.

Хулоса. Ўтказилган текширув натижаларига кўра «қуруқ кўз» синдроми қандли диабет билан хасталанган беморларда оғирроқ кечиши ва унинг диагностикасида Ширмер синамаси қулай ва объектив усул бўлиб, касалликнинг кечишини динамик кузатувида тавсия қилинади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ҲАВОТИР ВА ДЕПРЕССИЯ ДАРАЖАСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЙАСИ

Ибодуллаев.Б.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бугунги кунга келиб ЖССТ маълумотларига асосан касалликлар статистикасига назар ташласак, қандли диабет билан касалланган беморлар сони ҳам йилдан-йилга ошиб бормокда. Ҳозирда 422 млн инсон дунё бўйича мазкур касаллик билан оғриган бўлиб, шундан 1.6 млн ўлим ҳолати билан тугалланган. Касаллик билан оғриган беморларда ривожланувчи психоэмоционал бузилишлар эса ўз навбатида касалликда юқоридаги сонлар билан боғлиқ асоратларга олиб келиши мумкин, шу сабабдан беморларда психоэмоционал бузилишларни ўз вақтида аниқлаб, тиббий-психологик ёндашуни олиб бориш бугунги куннинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Мақсад: ТТА Урганч филиали клиникаси эндокринология бўлимида қандли диабетни биринчи ва иккинчи типи билан касалланган беморларда ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш ва уларни даволашга тиббий-психологик ва психофармакотерапевти ёндашув

Материал ва методлар: ТТА Урганч филиали эндокринология бўлимида қандли диабет ташхиси билан даволанаётган 46 та бемор кузатувга олинди. Шундан 24 бемор қандли диабет биринчи тип, 22 та бемор иккинчи тип қандли диабет билан оғриган. Беморларимиз психоэмоционал ҳолатини баҳолашда HADS шкаласидан (ҳавотир ва депрессияни баҳолашнинг госпитал шкаласи)дан фойдаланилди. Беморларда аниқланган ҳавотир ва депрессия даражасини пасайтиришда базис давога қўшимча, психотроп воситалардан триттико препарати қўлланилди. Олинган натижалар беморларни икки гуруҳга асосий ва назорат гуруҳларга бўлган ҳолда ўрганилди ва таҳлил қилинди.

Натижалар: Кузатувларимиз ва ўтказган текширув, даво муолажаларимиз шуни кўрсатдики, қандли диабет биринчи типи билан касалланган беморларимизда HADS тести натижалари: ҳавотир даражаси 9 ± 3.6 баллни, депрессия даражаси 8 ± 3.3 баллни ($p < 0,01$), иккинчи тип қандли диабет бўлган беморларимизда ҳавотир даражаси 7.5 ± 2.8 балл, депрессия даражаси 8.1 ± 2.3 баллни ташкил қилди ($p < 0,01$). Беморларимиз икки гуруҳга ажратилган ҳолда иккита асосий гуруҳдаги беморларимизда базис давога қўшимча триттико препарати 100-150 мг кунига бир маҳалдан, икинчи назорат гуруҳидаги беморларимизда эса фақат базис даво олиб борилди, натижалар бевосита HADS тести ёрдамида баҳоланди. Унга кўра асосий гуруҳдаги биринчи тип қандли диабет билан оғриган 12 нафар беморимизда ҳавотир даражаси 6.5 ± 1.7 баллгача, депрессия даражаси 6.8 ± 1.5 баллгача пасайганлиги, иккинчи назорат гуруҳдаги 12 нафар беморимизда базис даво натижасида ҳавотир даражаси 8.5 ± 1.1 , депрессия даражаси 7.5 ± 1.4 баллгача бўлди. Иккинчи асосий гуруҳдаги иккинчи тип қандли диабет билан оғриган асосий гуруҳдаги 11 нафар беморларимизда ҳавотир даражаси 6.4 ± 1.3 баллни, депрессия даражаси эса 6.1 ± 1.6 баллгача пасайган, иккинчи назорат гуруҳдаги беморларда эса бу ўзгаришлар ҳавотир даражаси 7.1 ± 1.8 , депрессия даражаси эса 7.6 ± 2.3 баллни ташкил қилди ($p < 0,01$).

Хулоса: Олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкинки, қандли диабет биринчи тип беморларимизда депрессия ва ҳавотир даражаси, иккинчи тип беморларимизга нисбатан баландлиги кузатилди, ўтказилган даво муолажаларидан сўнг асосий гуруҳдаги беморларимизда ҳавотир ва депрессия даражасининг, назорат гуруҳидаги беморларимизга нисбатан сезиларли даражада пасайиши, беморларимиздаги асосий касалликдаги базис давонинг эффективлиги оширибгина қолмасдан беморларимизда касаллик асоратларининг камайишига ҳам олиб келиши ўз кузатувларимизда исботини топди.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПАРАЗИТАРНЫМИ ИНВАЗИЯМИ

Ибрахимова Х.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность исследования. Рост распространенности аллергических заболеваний является серьезной медико-социальной проблемой во всех странах мира. Распространенность гельминтно-протозойных инфекций также достаточно высока: в настоящее время в мире зарегистрировано около 250 видов гельминтов, паразитирующих у человека. Наличие паразитарной инвазии влияет не только на распространенность аллергических заболеваний в популяции, но и на выраженность клинических проявлений болезни.

Научная новизна. На основе комплексного обследования установлена частота встречаемости паразитарных инвазий у детей с аллергическими заболеваниями (крапивница – 67,8%, атопический дерматит – 41,9%, бронхиальная астма – 41,0%, аллергический ринит – 34,3%), их структура (лямблиоз – 65,2%, аскаридоз – 20,6%, описторхоз – 9,8%, тениаринхоз – 0,9%, сочетанная инвазия – 4,5%) и показатель реинвазий (25,1%).

В острой фазе характерна стереотипность ведущих синдромов независимо от вида возбудителя, его локализации и путей миграции личинок, что свидетельствует об их неспецифическом характере. В этой фазе развивается общая аллергическая реакция, которая особенно выражена в период миграции личинок. Различные метаболиты и ферменты созревающих личинок, а также жидкость, освобождающаяся в процессе их линьки, проявляют наиболее сильные антигенные свойства и вступают в контакт с иммунокомпетентными клетками. Характерными проявлениями общеаллергических реакций являются лихорадка, кожные высыпания, мышечно-суставной, отечный, легочной, абдоминальные синдромы, гиперэозинофилия крови.

В хронической фазе характер клинических проявлений в значительной степени определяются локализацией возбудителя. Гельминты оказывают механическое воздействие на окружающие ткани и органы. Многие кишечные гельминты при фиксации и движении травмируют слизистую оболочку. Аскариды нередко являются причиной обтурационной непроходимости кишечника, особенно у детей, проникая в желчные ходы, они вызывают механическую желтуху, попадая в дыхательные пути – асфиксию. Миграцию гельминтов, в частности аскарид, могут провоцировать лихорадочное состояние, острая пища, некоторые антигельминтные препараты. Механизм и степень разных видов гельминтов на обменные процессы инвазированных различны. При аскаридозе нарушается азотистый баланс, обусловленный избыточной потерей азота с фекалиями, ускорением времени прохождения через слепую кишку, мальабсорбцией с типичной атрофией ресничек эпителия слизистой оболочки, ухудшается усвоение лактозы, снижается всасывание витамина А, пиридоксина, ретинола, аскорбиновой кислоты. Гельминты влияют на уровень пептидных гормонов системы гастрин-секретин-холецистокинин, регулирующих систему пищеварительных ферментов. Выделяемый аскаридой полипептид аскарон оказывает токсическое воздействие на ЦНС. Гельминты, раздражая нервные окончания, вызывают висцеро-висцеральные рефлексы, вследствие чего нарушаются функции органов. Одной из важных причин развития органических и системных поражений, является образование иммунных комплексов, которые активизируют медиаторные системы, повреждают ткани. Наряду со стимуляцией иммунного ответа гельминты оказывают иммуносупрессивное действие, что является одним из важных факторов, способствующих их выживанию в организме хозяина.

EPIDEMIOLOGY OF PARASITIC DISEASES

Ibrakhimova Kh.R.,

Urgench branch of Tashkent medical academy

Currently, one of the factors determining the state of public health is socially caused diseases, including protozoa and helminthic infections, which account for 99% of all parasitic diseases. Parasitic diseases are group of diseases caused by worms and arthropods. A parasite is an organism that lives at the expense of another, which is called the “owner of the parasite”, and which coordinates its vital activity with its physiology.

Despite the existence of parasitic diseases from ancient times, they remain the most common diseases in the world. Currently, there are about 50 thousand species of organisms leading a parasitic lifestyle. Over 342 species of helminthes and 18 protozoa cause disease in humans, with the result that the invasiveness of the population reached 2 billion people. This is especially true of children; among the sick, they make up more than 80%. Schoolchildren and children of preschool age account for 90-95% of all patients with enterobiasis, 65.1% of patients with ascariasis. Today, the most widespread parasitic diseases include enterobiasis (725.83 per 100 thousand), ascariasis (158.03 per 100 thousand), and trichocephalosis (35.44 per 100 thousand of population). Annually, 200 million people are infected with giardiasis, and 500,000 people suffer from clinically severe forms, The increase in the incidence of helminthes infections in different countries of the world is the result of high environmental pollution by helminthes eggs as a result of wastewater discharge, increased population migration, increased human contact with animals, a low socio-economic standard of living, weakening of the immune system of the population

ПАРАЗИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ И РЕИНВАЗИИ У ДЕТЕЙ

Ибрахимова Х.Р.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Дети — наиболее уязвимая категория населения в отношении паразитарных инвазий. Это обусловлено, с одной стороны, познанием окружающего мира «через рот», более низким уровнем соблюдения санитарно-гигиенических норм, а с другой — более интенсивными процессами роста и развития, которые тормозятся в условиях паразитарных инфекций. Важность проблемы гельминтозов в педиатрической практике объясняется двумя причинами: высокой распространенностью и значительным влиянием на состояние здоровья именно у детей. Среди всех инвазированных на долю детей приходится 95,3% случаев энтеробиоза, 63,1% аскаридоза, 54,5% лямблиоза и 34,2% тениаринхоза. При этом чаще поражаются гельминтозами дошкольники и младшие школьники. Существует и проблема полиинвазий, когда ребенок заражен 2 и более видами гельминтов. По некоторым данным, сочетание 2-х и более видов гельминтов у детей школьного возраста отмечается в 72% случаев. В детском возрасте наиболее часто встречаются такие сочетания, как энтеробиоз + лямблиоз, энтеробиоз + аскаридоз, энтеробиоз + лямблиоз + тениаринхоз. Полиинвазии можно объяснить не только неблагоприятной эпидобстановкой, поздней диагностикой первичных инвазий, но и определенным симбиозом между различными видами гельминтов, когда один паразит, ослабляя иммунитет, подавляя иммунную реакцию на паразитарные антигены, «прокладывает дорогу» другим паразитам. Если нет массивной моноинвазии или полиинвазии, в большинстве случаев гельминтозы протекают без явных проявлений с малоспецифичной симптоматикой, диагностируются случайно при диспансерных обследованиях либо обнаруживаются самими больными в кале. Несмотря на это, выделяют ряд проблем, связанных с воздействием паразитов на организм и с реакцией макроорганизма на инвазию. В этом отношении выделяют общие для большинства

паразитозов проявления и специфические, вызванные особенностями жизненного цикла отдельных гельминтов.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ

Изюмова Г.А.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Ни одно заболевание не дает такой высокой инвалидизации, как инсульт.

Из пациентов, переживших эту сосудистую катастрофу, к труду возвращаются лишь 20%.

Цель - провести факторный анализ оценки формирования и особенностей нервно-психических расстройств при острых мозговых инсультах в узбекской популяции.

Материалы и методы. На основании глубокого клинического исследования 85 больных были разделены на 3 группы: 1-58 (68,2%) больных с острым ишемическим инсультом, 2-17 (20 %) с повторным мозговым инсультом, 3-10 (11,8 %) с геморрагическим инсультом узбекской национальности. Мужчин было 67 (78,8 %) , женщин – 18 (21,2 %). Для изучения формирования невротического состояния было проанализировано 49 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, таких как нарушения аффективной сферы, психической активности, мышления, внимания, памяти, патологической тенденции, нарушения сознания, сомато-неврологические признаки болезни.

Результаты.

В ходе проведенного многомерного систематического анализа было выделено 10 факторов, охвативших наиболее информативную симптоматику, отражающую формирование невротического состояния. Анализ полученных данных свидетельствует, что у 28 (32,9 %) больных наблюдались нестойкие аффективные нарушения, при этом отмечалась отрицательная корреляция высоких факторных нагрузок. За счет углубления аффективных нарушений у 31 (36,5 %) больных возникла тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности.

У 12 больных (14,1 %) на фоне тревожно-депрессивного состояния развились нарушения циркадной функции сон - бодрствование. Эти нарушения не имели высоких факторных нагрузок. Примечательно, что имеющиеся изменения психической активности, соматовегетативные признаки достоверно перекрываются нарастающими эффективными нарушениями ($p < 0,0001$).

У 14 больных (16,5 %) наблюдались нарушения психической активности с признаками идиаторной заторможенности, с нарушениями всех периодов сна, которые имели высокие факторные нагрузки. Нередко отмечались соматоневрологические признаки – кардиалгия и цефалгия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тщательное изучение клинической картины психо-неврологических расстройств позволяют сделать их доступными факторному анализу. При этом закономерным является поэтапное развитие синдромов от моно- к полисимптомности. Характер расстройств отражает переход к полиморфизму: расширяется и углубляется сфера аффективных расстройств, которые значимо коррелируют с нарушениями сна, неудовлетворенностью основных потребностей.

Выводы.

Результаты исследования показывают, что последовательность развития психоневрологических расстройств проявляется в определенной клинической закономерности, которая имеет адекватную количественную характеристику. Разработка способов компьютерной алгоритмической диагностики ранних этапов формирования психоневрологических расстройств имеет прогностическое значение в лечении и реабилитации постинсультных больных в экстренной неврологии.

КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

За последние годы значительно увеличилась частота гинекологических заболеваний связанные с нарушением менструального цикла и которые в дальнейшем могут привести к потере или затруднению выполнения репродуктивной функции. Структура заболеваемости зависит от возраста пациенток. Среди подростков 11-16 лет преобладают различные нарушения менструального цикла (НМЦ). НМЦ в пубертатном периоде возникают у каждой третьей девушки.

Цель работы: оценка применения адекватной гормональной терапии у девушек-подростков с нарушением менструальной функции.

Материалы и методы: В условиях амбулаторного приёма было проведено обследование и наблюдение 72 девушек-школьниц в возрасте от 13 до 16 лет с нарушением менструального цикла. По характеру патологии больные распределились следующим образом: с гипоменструальным синдромом – 28, с дисменореей+ПМС – 25, с гиперандрогениями – 12, с ювенильным кровотечением – 6.

Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование: сбор жалоб, степени физического и полового развития, характер менструальной функции. УЗИ органов малого таза, консультация смежных специалистов- педиатров для определения соматического здоровья девушек; оценка гормонального профиля (определение уровня гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови – до лечения и через 3-6 мес. после лечения). Девушки с дисменореей и гипоменструальным синдромом принимали оральные контрацептивы в режиме 24+4 содержащий 0,02мг этинилэстрадиола+3мг дроспиренона; девушки с гиперандрогенией принимали оральные контрацептивы в режиме 21+7 содержащий 0,035мг этинилэстрадиола+2мг ципротерона ацетата; с ювенильным кровотечением принимали оральные контрацептивы содержащие 0,03мг этинилэстрадиола+0,15мг дезогестрел по гемостатической схеме начиная с 4 таблеток затем постепенно уменьшая до 1 таблетки в течение 21 дня. Прием препаратов продолжались от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования: Основной жалобой было отсутствие менструаций или нарушение по типу аменореи II, опсоменореи или гиперполименореи (при ЮМК). При изучении состояния соматического здоровья девочек установлено, что у 93% из них имелись экстрагенитальные заболевания, причем у 48% определялись 2 и более соматических заболевания. У 60% - патология органов пищеварения, 47% - вегетососудистая дистония, 52% - патология щитовидной железы, 25% имели хроническую патологию ЛОР-органов. У больных с ЮМК имело место анемия II-III ст. тяжести в 40% случаев. При УЗИ матка и яичники были гипопластичны, фолликулы мелкие, единичные до 1-3 мм в диаметре. М-Эхо в виде полоски – 1-3 мм. Нарушение менструальной функции по типу аменореи I и II типа, опсоменореи. После проведенного курса лечения гормональными оральными контрацептивами девушки были осмотрены и обследованы. Они отметили что признаки предменструального синдрома исчезли у 19 (68%), у девушек с гиперандрогенией исчезла сальность головы и акне 8(66,6%), а у девушек с ЮМК рецидива после прекращения приёма ОК не отмечалось в течение года.

Выводы: Таким образом, нарушения менструальной функции в подростковом возрасте сопровождается нарушениями физического и полового созревания, у 93% протекают на фоне экстрагенитальной патологии с формированием нарушений гормонального профиля. Использование гормональных препаратов с учетом показаний при разной гинекологической патологии даёт высокую клиническую эффективность.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Миома матки, являясь гормонозависимым доброкачественным образованием, может в некоторых случаях приводить к развитию бесплодия. Требованием к лечению миомы сегодня является снижение частоты радикальных операций. Современные исследования свидетельствуют о том, что ранняя диагностика и проведение патогенетической терапии миомы матки могут заменить хирургическое вмешательство или значительно уменьшить его объем. Все это позволило поставить на первое место в лечении миомы матки консервативные мероприятия и эндоскопическую хирургию, что сократило число пациенток, подвергшихся гистерэктомии. Применение доплерометрии позволяет не только диагностировать, но и проводить динамическое наблюдение за эффективностью проводимого лечения. Наиболее эффективными препаратами для консервативной терапии сегодня признаны препараты агонистов гонадолиберина.

Целью данного исследования было: изучение эффективности комбинированного консервативного лечения миомы у женщин репродуктивного возраста с бесплодием.

Были обследованы 42 пациентки с бесплодием на фоне миомы матки. Возраст обследованных колебался от 23 до 37 лет. Длительность бесплодия составляла от 2-х до 7 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа – 26 пациенток, получавших комплексное лечение с включением препарата буселерина-депо в течение 4-х месяцев, 2-группа – 16 пациенток, получавших буселерин-депо в течение 6 месяцев. Буселерин-депо представляет собой препарат агонистов ГнРГ, приводит к регрессии миоматозных узлов во время лечения за счет угнетения пролиферации, активизации процесса апоптоза, изменения в экспрессии различных факторов роста и их рецепторов. Нами использовался буселерин-депо 3,75 мг в виде внутримышечных инъекций и буселерин назальный спрей 0,15 мг доза. Консервативная миомэктомия проведена путем лапаротомии и лапароскопии через 3–4 месяца от начала лечения. Изучен анамнез обследованных пациенток, проведены гинекологический осмотр, общеклиническое обследование, УЗИ с доплерометрией интра- и перинодулярного кровотока. В исследование были включены женщины с субсерозными и/или интрамуральными миоматозными узлами тела матки, объем матки не превышал 10–11 недель. Максимальное количество узлов составляло 4–5, размеры их были не более 5–6 см в диаметре. В анамнезе у большинства обследованных пациенток (26 – 61,9%) имело место нарушение менструально-овариального цикла. Позднее менархе (после 16 лет) отмечали 14 (33,3%) пациенток, гипоменструальный синдром – 7 (16,7%) пациенток, гиперменорею – 12 (26,5%) обследованных. Впервые диагноз миомы был установлен в связи с обследованием по поводу бесплодия. При обследовании только субсерозные узлы выявлены у 12 (28,6%) пациенток, только интрамуральные узлы обнаружены у 10 (21,4%) пациенток, в остальных случаях (44,1%) имели место смешанный тип узлов. Показаниями для консервативной терапии обследованных пациенток являлись: величина матки до 12 недель, величина миоматозных узлов до 3 см, отсутствие нарушения функции смежных органов, интрамуральное или субсерозное расположение узлов, отсутствие быстрого роста узлов. Лечение миомы буселерином сопровождалось аменореей, клиническая картина характеризовалась явлениями гипоэстрогемии (потливость, ощущение приливов тепла, снижение либидо). Эти жалобы появлялись в основном на 2–3 месяце лечения, купировались назначением растительных адаптогенов и седативных препаратов. УЗИ мониторинг проводился с одновременным исследованием кровотока путем доплерометрии. Так, до начала лечения пациенток 1-группы буселерином ИР составлял от 0,48 до 0,52. После применения этого препарата в течение 4-х месяцев ИР повысился до 0,64–0,68, что свидетельствовало об ухудшении кровотока в зоне миоматозного узла, наряду с уменьшением его размеров. У

пациенток 2-группы, получавших буселерин в течение 6 месяцев, количество узлов уменьшалось. При этом ИР колебался от 0,68 до 0,70. Небольшие узлы диаметром до 15 мм у пациенток обеих групп практически исчезли, а размером более 15 мм уменьшились вдвое. Консервативная миомэктомия произведена у 11 (26,2%) пациенток после 3–4 инъекций буселерина. После завершения курса лечения буселерином всем пациенткам были назначены препараты однофазные оральные контрацептивы на 4–6 месяцев. Динамическое наблюдение за размерами матки, характером кровотока в зоне узлов показал, что перевод пациенток 1-группы на второй курс лечения не вызвал рецидива образования узлов. Однако у трех пациенток размеры узлов уменьшились, но ИР повысился только на 25%, тогда как у остальных пациенток – на 40–42% от исходной величины. Следовательно, доплерометрическое определение кровотока в зоне миоматозных узлов матки позволяет дифференцировано подойти к выбору длительности лечения агонистами ГнРГ. Повышение ИР в зоне миоматозного узла на 40% от исходной величины позволяет сократить курс до 4 месяцев, а затем перевести пациентку на прием оральных контрацептивов.

Выводы: Показатели кровотока в узлах миомы являются маркером эффективности лечения миомы. Повышение ИР на 40% от исходного позволяет сократить курс лечения агонистами ГнРГ и решить вопрос о необходимости консервативной миомэктомии.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А, Шарипов Р.Х.
Самаркандский медицинский институт

Цель работы: Изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования: Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г.Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови.

Результаты: обследовано 45 дети, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. В анамнезе выяснено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели с разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. Анализ полученных данных показывает, что из 45 детей у 20% (9) отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 26,6% (12) – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 53,3% (24) – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа).

Результаты исследования показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет - $79,6 \pm 0,7\%$, у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$. Индекс фагоцитоза в 1 группе составил $3,06 \pm 0,98$, во 2 группе – $3,8 \pm 0,40$, а в 3 группе – $2,01 \pm 0,91$.

Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов.

Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. У обследованных больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20

Выводы: при очень низком уровне неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей, заболевания верхних дыхательных путей часто осложняется диареей. В таких случаях, необходимо повысить уровень неспецифических факторов защиты организма при помощи иммуностимуляторов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕННОГО ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ: КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Исмоилова З., Бекчанов Б.Г

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Материал и методы. Для сравнительного анализа нами были обследованы 54 ребенка с хроническим пиелонефритом, при этом у 34 детей был диагностирован хронический пиелонефрит на фоне уратурии (I группа), у 20 первичный хронический пиелонефрит (II-группа). Все дети были обследованы на базе нефрологического отделения Хорезмского областного специализированного многопрофильного медицинского центра и в детском отделении клиники Ургенчского филиала ТМА. Возраст детей составил от 10 до 15 лет. Всем детям проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование.

Результаты: При изучении характерной клинической картины характерной для хронического пиелонефрита выявлено, что как у детей 1 группы, так и у детей 2 группы наблюдались жалобы на пастозность век (57,8% и 51,0%), дизурические расстройства (73,5% и 57,1%), осадок солей в моче (100% и 32,1%), снижение аппетита (29,4% и 46,4%). Наиболее часто отмечались жалобы на боли в животе и поясничной области (51,7% и 62,4% в 1 и 2 группах соответственно). Таким, в группе с первичным хроническим пиелонефритом преобладали симптомы интоксикации. У детей в 1 группы наблюдались симптомы характерные для гиперпродукцией МК. Так у части детей наблюдалась повышенная потливость (30,4%), повышенная нервная возбудимость и эмоциональная лабильность (61,7%), нарушение сна в виде трудного засыпания, ночных страхов (36,4%). Артралгии, преимущественно в ночное время, регистрировались у 35,3% детей, миалгии у 26,5% детей, ацетонемическая рвота у 25,5% детей. При проведении пробы Зимницкого нами отмечен относительно более высокий процент детей с нарушением концентрационной функции почек (35,2% и 25% соответственно в 1 и 2 группах). Так же гиперстенурия отмечалась у половины обследуемых детей 1 группы (50% и 17,8% во 2 группе), у детей 1 группы в 17,6% отмечалось снижение относительной плотности мочи (7,1% во 2 группе). При этом общи средний показатель плотности мочи в обеих группах находился в пределах нормы и составил $1018,12 \pm 568,45$ в 1 группе и $1016,24 \pm 471,33$ во второй группе. Никтурия также регистрировалась в 2 раза чаще в 1 группе, по сравнению со II группой (23,5% и 10,7%).

Выводы. Хронический пиелонефрит с нарушением пуринового метаболизма сопровождается симптомами раздражения нервной системы конечным продуктом пуринового метаболизма мочевой кислотой, а именно раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение сна. Также сопровождалась симптомами характерных для Г ацетонемическая рвота, артралгии, миалгии. Клиническая картина детей данной группы характеризовалась большей частотой сопутствующей патологии, а также более выраженным мочевым синдромом.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ВУЗОВ

Каримбаев Ш.Д., Рустамова Х.Е., Разикова А.А., Мусаев К.О.

Ташкентская медицинская академия

Будущее каждой страны в плане ее социального и экономического развития определяется состоянием здоровья общества, немаловажная роль в котором отводится репродуктивному поведению и репродуктивному здоровью. В Республике Узбекистан одним из самых приоритетных направлений в политике государства в социальной сфере является здоровье женщин, в том числе и репродуктивное. В республике разработана стратегия оздоровления женщин, создана законодательно-правовая база службы охраны материнства и детства, разработаны и внедрены принципиально новые документы, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь данному контингенту.

Цель исследования: изучить и дать сравнительную оценку репродуктивному здоровью и поведению девушек – студенток медицинских и немедицинских ВУЗов.

Методы и материал исследования: С целью оценки репродуктивного потенциала девушек - студенток нами была разработана анкета по которой было опрошено по 80 девушек-студенток 3 курса факультета Высшее Сестринское Образование (ВСО) и 6 курса лечебного факультета Ташкентской медицинской академии (ТМА).

Результаты исследования. Средний возраст девушек 3 курса был равен $21 \pm 0,7$ лет, студенток 6 курса $24 \pm 0,7$ лет. Около 33% замужем, из них 61% проживают с родителями супруга, 39% с мужем на съемной квартире, 25% проживают в общежитии, 60% жители города и 40% - села.

Среди всех опрошенных девушек около 20% указали на наличие в анамнезе заболеваний женской половой сферы, из них 16% девушек отмечают бактериальный вагиноз, 28% - кандидоз, 16% - воспаление органов малого таза, 4% - частое мочеиспускание. 20% девушек, имея различные жалобы, вообще не обращались к гинекологу. При изучении анамнеза менструальной функции было установлено, что регулярный цикл установился сразу всего у 28% респондентов. Через 6 месяцев у 20% девушек, через 7-12 месяцев у 8%, через 18 месяцев у 32% и только через 2 года у 12% студенток.

Анализ медицинской активности студенток, т.е. обращаемость в лечебно-профилактические учреждения, в частности к гинекологу с профилактической целью, показал, что всего лишь треть опрошенных обращаются в ЛПУ с профилактической целью, почти половина обращаются за медицинской помощью только при ухудшении состояния здоровья, а 20% вообще не посещали гинеколога.

Необходимо отметить, что большая часть студенток имеют представление о ЗОЖ и стараются его поддерживать. Студентки медицинской академии более грамотны в вопросах репродуктивного здоровья, т.к. они получают необходимую информацию в процессе обучения.

ВРОЖДЁННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ У ДЕТЕЙ

Каримов Р.О, Абдуллаев Р.К.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящей работе представлены клинические наблюдения врождённого пилоростеноза у 27- больных в возрасте от 10-ти дней до 3 месяцев, находившихся на стационарном лечении с 2015 по 2018 г в детском хирургическом отделении ХОМДМЦ. Среди детей с пилоростенозом преобладали относительно мальчики – 15, девочки – 12.

Целью исследования является изучение клинического течения врождённого пилоростеноза у детей. Для большинства детей, поступивших в клинику в начальном периоде остро развивающегося заболевания, характерным оказалось:

1. Срыгивание с рождения, быстро переходящее в рвоту;
2. Частая, упорная рвота, возникающая в момент кормления или вскоре после него;
3. Прогрессирующее падение веса ребёнка;
4. Симптом «песочных часов», иногда напоминающий перистальтику кишечника;
5. Бледность кожных покровов, приглушенность тонов сердца;
6. В 3-х случаях - желтуха, повышение непрямого билирубина в крови и снижение протромбинового индекса, гематитовая рвота;
7. Беспокойство ребёнка, особенно в момент кормления, гипертонус скелетных мышц, иногда судороги (2 случая).

Единственно правильным и эффективным методом лечения врождённого пилоростеноза является хирургическое вмешательство. Консервативное лечение допустимо применять в течение не более 3-5 дней в неясных случаях пилоростеноза в плане дифференциальной диагностики его со пилороспазмом. Диагноз пилоростеноза служит показанием к операции, которую необходимо производить по установлению диагноза, после кратковременных предоперационных подготовок.

Непосредственные результаты операции пилоромии при всех наблюдениях оказались эффективными. В послеоперационном периоде летальность мы не наблюдали. Ранняя диагностика и раннее оперативное вмешательство являются залогом благополучного исхода операции.

УРОВЕНЬ ПРОВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ И КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

Каримова М.Х., Юсупов А.Ф., Абдуллаева С.И., Закирходжаева М.А.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр микрохирургии глаза*

Патогенетические механизмы ДР многообразны, при этом существенным фактором является развитие воспалительно-деструктивных процессов в глазном яблоке, что влияет на активность иммунного ответа организма.

Цель – изучить содержание интерлейкинов IL-1 β , IL-6 в слёзной жидкости и в крови пациентов с непролиферативной диабетической ретинопатией (НДР).

Материал и методы. В исследование были включены 58 больных СД 2 типа, проходивших офтальмологическое обследование в РСНПМЦМГ (мужчин 25, женщин 33, возраст от 48 до 70 лет, средний возраст – 51 \pm 2,92 год), а также 15 практически здоровых лиц (средний возраст – 31,2 \pm 0,5 год). Все пациенты с СД 2-го типа были разделены на 2 группы: 1-я группа – 22 больных СД 2-го типа без признаков ДР (9 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст – 55 \pm 4,63 лет); 2-я группа – 36 больных с НДР (16 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст – 57,56 \pm 2,27 лет). У всех обследуемых изучались уровни цитокинов IL-1 β , IL-6 в сыворотке крови и слёзной жидкости (СЖ) в лаборатории молекулярной генетики НИИ гематологии и переливания.

Результаты. Длительность течения СД у пациентов составила в среднем 7,5 \pm 1,8 лет. При анализе клинико-функциональных показателей больных СД было выявлено, что у 22 больных СД 2-го типа (1-я группа) признаков ДР обнаружено не было. Исследования показали, что у больных СД 2-го типа без признаков ДР (22 пациента) концентрация IL-1 β , в СЖ увеличивается в 1,6 раза (34,63 \pm 1,2 пг/мл), в крови – повышается в 2,8 раза (30,2 \pm 0,6 пг/мл) по сравнению с показателями у здоровых лиц. У больных с НДР этот показатель в СЖ возрос в 3,2 раза (67,93 \pm 5,14 пг/мл), а в крови – в 3,5 раза (36,68 \pm 2,3 пг/мл).

Уровень IL-6 у больных 1-й группы в СЖ был в 1,3 раза выше (46,04 \pm 1,7 пг/мл), а в крови – в 1,4 раза больше (42,8 \pm 0,3 пг/мл), чем у здоровых лиц. У больных 2-й группы

концентрация IL-6 в СЖ составила $84,32 \pm 0,3$ пг/мл (в 2,5 раза больше, чем у здоровых), а в сыворотке крови – $62,3 \pm 2,8$ пг/мл, что в 2,1 раза превышает аналогичный показатель у здоровых лиц.

Выводы. Прогрессирование диабетической ретинопатии на ранних стадиях сопровождается достоверным повышением содержания в слёзной жидкости и в крови больных диабетической ретинопатией провоспалительных цитокинов (IL-1 β ., IL-6).

ПСИХОСОЦИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Сафарбаев Б.Б.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: изучение новых подходов в психосоциореабилитации пациентов кардиологического профиля с учётом адаптационного потенциала личности.

Материалы и методы: было обследовано 48 пациентов в возрасте 25–55 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45,5 %, испытуемых с ПС – 14,5%. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и катamnестический. Методы психотерапии проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в течении трех месяцев с интервалом 3 сеанса в неделю в виде групповых и индивидуальных занятий, а также в виде семейной психотерапии с ближайшими родственниками пациентов кардиологического профиля.

Результаты и обсуждение в ходе исследования установлено, что у большинства обследованных эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. Проводимая психотерапевтическая помощь состояла из пяти основных этапов. Инициальный этап состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей. Комплексно применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе использовали технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксоновского гипноза на третьем этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. На четвертом этапе проводилась коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью, арт-терапии, аутотренинга, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе.

Выводы: таким образом, проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о достоверном повышении интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Киличев И.А., Матмуродов Р.Ж., Мирзаева Н.С.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одной из актуальных проблем современной неврологии и медицинской психологии является проблема нейропсихологических расстройств при ЧМТ.

Цель. Изучить нейропсихологических расстройств больных с различными формами отдалённых последствий ЧМТ.

Материал и методы. Обследовали 38 больных с различными формами отдаленных последствий ЧМТ получившихся лечения в многопрофильной областной клинике Хорезмской области. Возраст больных была 21-45 лет. Проводили клинико-неврологические и нейрофизиологические исследования, нейропсихологические тестирования со специальным методом.

Результаты. По данным клиническим исследованиям, основных контингента больных с отдаленных последствий ЧМТ наблюдалась нарушения высшие мозговых функций по типу когнитивные, эмоционально-личностные и психологические нарушения. У 31 (81,%%) больных встречался астения, проявляющаяся в снижении продуктивности к концу работы, в поверхностности суждений. Астенический синдром, которой основной синдром для всех периодов черепно-мозговой травмы наблюдался у 30 (78,9%), локальные симптомы у 12 (31,5%), прогрессирующее слабоумие у 2 (5,2%). Почти у всех больных встречался нарушения эмоционально-личностной личности сферы, по типу тревожность и депрессия. Когнитивные нарушения, так как, нарушения памяти. внимания, эмоций и мотиваций, регуляции уровня психической активности встречался от зависимости поражения локализации головного мозга. Двигательные нарушения наблюдался только у 1 (2,65). У 18 (47,3%) больных наблюдали судорожные синдромы и подтверждали ЭЭГ исследованиям. Не наблюдали связи между судорожным синдромом и локализации повреждения головного мозга.

Заключение. В отдаленных периодах последствий ЧМТ двигательные нарушения по типу параличей очень редко встречаются. Характерно нарушения высших мозговых функций, которые зависят от поражения локализации ЧМТ. Судорожные синдромы очень характерно в отдаленных периодах последствий ЧМТ, которые не зависят от поражения локализации. Каждый очаг повреждения коры головного мозга является эпилептогенным очагом.

ЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Киличева Т.А., Мадрахимов П.М.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: В структуре детской инвалидности, поражения нервной системы, составляют около 50%, а заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей, в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами.

Целью исследования было изучение причин фебрильного судорожного синдрома с перинатально поражением нервной системы у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследований. Были обследованы 60 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с фебрильным судорожным синдромом, поступившие в отделение интенсивной терапии. Детей, находившиеся под наблюдением распределили на 3 группы, 1-я – детей с судорожным синдромом, перенесшие перинатально церебральную ишемию-гипоксию, родившиеся в срок. Во 2-ю группу вошли недоношенные дети, перенесшие перинатально церебральную ишемию-гипоксию, в 3-ю группу включили детей без патологии в перинатальном периоде с фебрильным судорожным синдромом. В 1-ю группу

включили 24 (40%) детей, во 2-ю 6 (10%) на сроке гестации от 29 до 33, 10 (16,7%) на сроке гестации от 34-37 недель. В 3-ю группу включили 20 (33,3%) детей.

Результаты и обсуждение. У больных детей 1-й группы на момент обследования по данным субъективной оценки и клинического наблюдения были выявлены нарушение моторного развития в виде мышечной дистонии или гипотонии у 34,5% больных детей, у 35% детей в клиническом статусе отмечался синдром гипервозбудимости, у 41% больных детей регистрировались расстройства вегетативной нервной системы (эмоциональная неустойчивость, капризность, расстройства сна).

Выводы.

1.К группе риска по возникновению тяжелых поражений ЦНС относятся недоношенные дети, дети с внутриутробной гипотрофией, внутриутробным инфицированием, дети рожденные женщинами с отягощенным течением беременности и родов.

2.Стрессорное действие на организм инфекционных агентов, усугубляет ишемическо-гипоксические поражение центральной нервной системы.

3.Все дети с перинатальным поражением центральной нервной системы должны находиться под наблюдением районного детского невропатолога. Только своевременная диспансеризация, наблюдение и соответствующая терапия в большинстве случаев способствуют обратному развитию патологических симптомов и восстановлению нарушенных функций, а также позволяет предотвратить отягощения и осложнения различных патологий у детей раннего возраста.

БОЛАЛАРДА УТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ МУАММОЛАРИ

Кобиров Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И.,
Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.
Самарқанд давлат университети.

Бизлар 3 ойдан 14 ёшгача булган УЧИТ (уткир чандиқли ичак тутилиши) билан касалланган 505 болани комплекс куриқдан утказдик ва даволадик. Касаллик купрок 8-14 ёшгача булган болаларда учраши аниқланди. Текширилганлардан угил болалар (52,3%), кизлар эса (47,7%) ташкил килди.

УЧИТни анъанавий таснифига (эрта ва кечки, ва хар бири уз навбатда уткир ва уткирости турига булинган) касалликнинг кечки боскичига яна «янадауткир» турини кушишни лозим деб топдик.

Бизлар бошка муаллифларга кушилган холда корин бушлигидаги аъзоларда бирламчи операциядан кейин ривожланган эрта ва кечги УЧИТ орасидаги вақтни 4-5 хафта деб хисоблаймиз. УЧИТнинг эрта тури 182 (36,8%)та, кечки тури 323 (64%)та касалда кузатилди. УЧИТнинг эрта боскичида, купчилик касаллар уткирости тури билан мавжуд булган- 129(70,9%)та бола, кечки боскичида эса уткир тури билан 234(72,4%) та бола. УЧИТ 243 (48,2% асоратли турларидан кейин) беморда уткир аппендицит билан боглик булган операциядан сунг, ичак инвагинациясидан сунг – 101 (20,1%), ичакнинг нотугри ривожланишидан – 85 (16,8%) та касалда пайдо булган. Камрок холда у корин бушлиги аъзоларининг механик жарохати ва усмалар билан боглик лапаротомиядан сунг учраган.

УЧИТ ташхиси билан келган касалларга клиникада тулик диагностика ва даволаш услублари утказилди.

Бизлар УЧИТни уткир ва уткирости турларида куйидаги консерватив усулларини ишга солдик: ошқозонни бушатиш ва уни вақти вақти билан ювиш, ганглионар блокада, ичакларга вена ичи билан стимуляция бериш, сифонли хукна. Шу вақтнинг узида барий сульфат эритмасининг ичакларда утиши рентгенологик усул билан куздан кечирилди. Биз томондан ишлаб чикилган хавфсиз текшириш усули чандиқли асоратларнинг келиб

чикиш эхтимolini пасайтиради. Шундай килиб кечки УЧИТ эрта УЧИТга нисбатдан купрок учрайди.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кобиров Э.Э., Гайбуллаева Ф.И., Мардонова М.Э.,
Тухтаев М.К., Урунова М.А., Арифжанова Ф.В.
Самарканский государственный университет

Проблемы лечения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей представляет сложную задачу, поскольку причины и проявления заболевания чрезвычайно разнообразны. Следует отметить, что состояние брюшной полости у больных с ОСКН не всегда подчинено какому-либо определённом стереотипу, поэтому лечебная тактика подбирается индивидуально, с учётом остроты заболевания и состояния брюшной полости.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лечения ОСКН у детей, оперированных традиционным и лапароскопическим методами.

Нами для оценки эффективности эндоскопического метода диагностики и лечения ОСКН проведено сравнение результатов лечения больных, оперированных эндохирургическим и традиционным методами. Больные были разделены на две группы: основная (эндохирургическая) и группа сравнения («открытая» - традиционная).

В основную группу вошли 100 пациентов, которым были выполнены эндохирургические вмешательства.

Контрольную (сравнительную) группу составили также 100 больных, которым выполнены «открытые» (традиционные) хирургические операции. Отбор 100 пациентов в обеих группах производили слепым методом.

При оценке эффективности применения лапароскопии мы проводили сравнение ближайшего послеоперационного периода в этих группах больных.

Лапароскопический адгезиолизис по сравнению с традиционным оперативным вмешательством характеризовался минимальной интраоперационной кровопотерей и малой продолжительностью операций $41,6 \pm 13,4$ мин. против $85,8 \pm 11,7$ мин. при традиционном методе лечения.

При сравнении полученных результатов установлено, что в основной группе застойное содержимое желудка в объёме $24,3 \pm 1,6$ мл. выявлено в первые часы после операции у 14 больных (14%). В контрольной группе застойное содержимое в желудке в первые сутки выявлено у 100% больных, на вторые – у 66 пациентов (66%), на третьи – у 13 детей (13%). Исчезновение застойного содержимого в желудке коррелировало со сроками возникновения перистальтики кишечника. Появление стула в основной группе отмечено в сроки $2,2 \pm 0,6$ суток после операции, в контрольной – $4,1 \pm 0,5$ суток. Сроки пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии в основной группе составили $1,7 \pm 0,8$ суток, в контрольной группе $2,9 \pm 0,9$ суток. Значительно сократились сроки госпитализации больных после операции в основной группе ($6,9 \pm 1,4$ суток) по сравнению с контрольной ($16,2 \pm 1,9$ суток).

Общее количество ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений в контрольной группе было более чем в 7 раз больше по сравнению с основной группой (соответственно 22% и 3%). Необходимо особое внимание обратить на высокий процент таких тяжёлых осложнений, как релапаротомия и эвентрация кишечника. Релапаротомии выполнялись при рецидиве возникновения ранней острой спаечной кишечной непроходимости (4 наблюдения) и в связи с развитием гнойного перитонита из-за несостоятельности гастростомы, которая была наложена для интубации тонкой кишки (одно наблюдение).

Таким образом, сравнительный анализ лапароскопического и традиционного методов лечения показал, что эндоскопический адгезиолизис имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ СО СТИМУЛЯЦИЕЙ РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ

Кобиров Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И.,
Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.
Самаркандский Государственный университет

В послеоперационном периоде из 75 больных с эхинококкозом печени прооперированно, со стимуляцией регенераторных процессов 36 детей (48,7%). У больных с эхинококковыми кистами с более выраженными изменениями белково-синтетической функции печени до операции, в послеоперационном периоде отмечена положительная динамика с нарастанием количества мелкодисперсных белковых фракций альбумина и снижением относительного количества бета- и гаммаглобулинов. Такие изменения в раннем послеоперационном периоде (2-5 и 10 сутки после операции) можно объяснить, с одной стороны, результатом проводимой терапии с введением растворов аминокислот, плазмы, альбумина, с другой улучшением функции печени. Отмечено, что в I исследуемой группы без стимуляции регенераторных процессов отмечается отсутствие положительной динамики. В то время как, в исследуемой группе II к 10 дню после операции нормализовались показатели билирубина и активность трансаминаз, со стабилизацией в пределах нормы.

Следует отметить, что такая динамика показателей функциональных проб печени получена на фоне проводимой химиотерапии в послеоперационном периоде. В отдаленные сроки указанные пробы печени оставались стабильными. Во второй группе больных со стимуляцией регенераторных процессов с эхинококковыми кистами соответствовали нормальным показателям.

Функциональное состояние остаточной тиреоидной

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кодиров А., Машарипова Р.Т
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

В современных классификациях состояния, возникающие в различных системах человеческого организма, подразделяют на органические и функциональные. Органические изменения связаны с повреждением структуры органа или системы органов, степень их выраженности может колебаться в самых широких пределах. При функциональных нарушениях указанных повреждений не находят, что привело к сомнениям в толковании сущности данной группы состояний. Согласно широко распространенному определению функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по D.A.Drossman (1994), они представляют собой "разнообразную комбинацию гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений".

Интерес на наш взгляд представляла распространенность функциональных нарушений ЖКТ среди поступивших в педиатрическое отделение ОДММЦ, а также их виды и предрасполагающие факторы. Проведенный нами анализ данных за 2014-16 году показал, что патология ЖКТ встречалась с частотой от 22,7% до 33,5%. Из них в среднем около 78% составили заболевания желчного пузыря, а от 18,3 до 23,7% составили

заболевания желудка и кишечника. Следует отметить, что их число «функциональных» диагнозов при поступлении составило в среднем 17 % (алиментарный гастрит, синдром ацетонемической рвоты и др.) от всей патологии ЖКТ. В дальнейшем, при прохождении стационарного обследования у большинства детей с функциональными изменениями обнаруживались органические нарушения. При этом частота подтвержденных «функциональных» диагнозов снижалась до 3%.

Таким образом, возможно, что данные о широкой распространенности функциональных расстройств ЖКТ у детей являются преувеличенными, а в большинстве случаев их наличие обусловлено соматической патологией.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кодиров Ф.У., Ашрапов А.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Исследованию подверглись 112 больных, которые обследованы и оперированы по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Мужчин было 61, женщин – 51. Возраст больных колебался от 18 до 86 лет. Послеоперационная ОСКН в раннем послеоперационном периоде развивалась у 30 больных: у 12 больных после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, у 10 после лапаротомии по поводу травмы живота с разрывом внутренних органов; у 4 связи с повреждением тонкой кишки (ТК), у 3 после ушивания перфоративной язвы желудка, у 3 после ушивания ранения печени, у 8 больных развитию ОСКН предшествовали операции по поводу спаечной кишечной непроходимости. Схваткообразная боль в животе отмечена у 29 больных, рвота – у 25, вздутие и асимметрия живота – у 17, задержка газов и стула – у 19, шум плеска – у 22, симптом Валя выявлен – у 12 больных. Клинические проявления ранней ОСКН проявились в течение 1-й недели у 65 больных, в течение 2-й – у 42 и в течение 3-й недели – у 5 больных после перенесенного оперативного вмешательства.

Результаты. Всем больным проведены консервативные мероприятия, которые продолжались до часов с момента поступления. При неэффективности консервативных мероприятий все больные подверглись к операции. Операции проведены с момента установления диагноза в сроки до 2 ч – 3 больным, до 4 ч – 64 больным, до 6 ч – 27, до 12 ч – 8, до 24 ч – 10 больному. Объем операции заключалась в верхне-срединной лапаротомии, рассечении спаек у 55, резекции тощей кишки с энтеро-энтероанастомозом по типу «бок в бок» у 14, резекции подвздошной кишки с энтеро-энтероанастомозом по типу «бок в бок» у 33, еюностомии у 4 и илеостомии у 10. Назоэнтеральная интубация тонкого кишечника выполнена практически у всех больных. Показаниями к назоэнтеральной интубации были: кишечная непроходимость с вздутием тонкого кишечника более 6-7 см в диаметре или резкой инфильтрацией стенок кишки; наличие в под серозной оболочке кровоизлияний вследствие растяжения кишки; массивные спайки между петлями кишечника; сочетание гнойного перитонита; наложение межкишечных анастомозов или ушивание перфоративных отверстий тонкой кишки в условиях гнойного перитонита. В послеоперационном периоде летальность составил 6 (5,3%) больных. Причинами смертельного исхода явились тяжелая эндотоксемия (4), ТЭЛА (1), острый инфаркт миокарда (1).

Выводы. Ранняя диагностика, своевременное оперативное вмешательство с интубацией тонкого кишечника и полноценное адекватное лечение направленное на

коррекцию нарушений гомеостаза, эндотоксемии и профилактики сопутствующих осложнений позволит снизить послеоперационную летальность и осложнений.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В ВЫРАЩИВАНИИ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В ТЕПЛИЧНЫХ ХОЗЯЙСТВАХ

Косимов Х.О., Нуриллоева Ш.Н.
Бухарский государственный медицинский институт

Агротехника возделывания основных культур (огурцы, помидоры, капуста, зелень и др) в закрытом грунте складывается из последовательно выполняемых агротехнических этапов: подготовка почвы, высадка рассады в грунт, подвязка растений на шпалеры, формирование куста, уход за растениями и сбора урожая в период массового плодоношения. Основные агротехнические операции по уходу за растениями и сбору урожая в тепличных хозяйствах выполняется вручную. Проведенные хронометраж рабочего процесса работников тепличных хозяйств (4 тепличного хозяйства Гиждуванского района Бухарской области) позволило отнести операции посадки семенами рассады, полив, подкормки растений органическими и минеральными удобрениями, обработки против вредителей и болезней растений, а также погрузочно-разгрузочные работы, связанные с подготовкой грунта и сборам урожая к тяжёлым и напряженным видам работы Сан Пин 0051-96. В теплицах в период возделывания основных культур складывалось нагревающей, технологически обусловленный микроклимат с повышенными параметрами температуры, влажности воздуха при минимальной его подвижности. В плёночных теплицах наблюдалось очень высокая суточная амплитуда колебаний температуры (от 35 до 45 С) и влажности (90-100 %). Микроклиматические условия при работе на парниках определялись внешними метеорологическими условиями, формируемыми в зависимости от сезона года. Интенсивное возделывание овощных культур и искусственно созданной среде предполагалось систематическое и планомерное использование в теплицах различных химических препаратов: минеральных, органических удобрений, стимуляторов роста и ядохимикатов (пестицидов). В отличие от овощеводства в открытых площадках в теплицах создаются благоприятные условия для возникновения и распространения вредителей и болезней овощных культур. Для борьбы с ними круглый год использовались ядохимикаты карате, Децис, Би-58 в протяжении всего периода.

Таким образом, при выращивании овощных продуктов на организм работающих оказывают воздействие высокой температуры, влажности, химических веществ от применения минеральных удобрений и пестицидов. Для охраны здоровья работников тепличных хозяйств необходимо внедрения механизация и автоматизация агротехнических процессов возделывания овощей в условиях тепличного хозяйства.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНАХ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДОВ

Курамбаев Я.Б., Юсупов С.К.
Тошкент тибийёт академияси Термиз филиали..

На связь между применением в сельском хозяйстве химических средств защиты растений-пестицидов, загрязнением окружающей среды и вероятностью попадания их остаточного количества с пищей, водой и воздухом в организм человека указывали многие исследователи. Однако особенности заболеваемости детей в двух районах Республики отличающихся спецификой сельскохозяйственного производства изучены недостаточно.

Изучены данные обращаемости в амбулаторно-клинические учреждения с целью выявления заболеваемости у детей в зонах интенсивного применения пестицидов (хлопководческий район) и зоне ограниченного применения пестицидов (живодноводческий район).

Показано, что в зонах интенсивного применения пестицидов (хлопководческий район) у детей в возрасте 0-4 лет острые пневмонии регистрируются в 3-5 раз чаще, чем в зоне ограниченного применения пестицидов (живодноводческий район).

Распространенность острой пневмонии среди девочек на 7-20 % выше, чем среди мальчиков. Наиболее высокий уровень заболеваний органов дыхания обнаруживается в возрасте от 1 до 4 лет. Также выявлено высокая заболеваемость среди новорожденных и высокий процент мертворожденных.

Изучения региональных особенности заболеваемости детей установили, что в общей структуре болезней органов дыхания занимают первое место.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕКРЕЦИИ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕННОЙ ГАЗОВОЙ СРЕДЫ

Курамбаев Я.Б., Юсупов С.К., Эргашев М.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии.

В адекватном приспособлении организма к постоянно меняющимся условиям внешней среды большая роль принадлежит нейро-эндокринной регуляции. Известно что надпочечники вместе с гипофизом гипоталамусом играют существенную роль формировании неспецифической резистентности организма и иммунологических процессов. Как показали исследования многих авторов, гипоталамическая нейросекреция изменяется при действии самых разнообразных факторов: жары, холода, болевого раздражения, при физической работе, отравлении пестицидами, эмоциональном напряжении и др.

В то же время следует отметить, что изучения нейросекреции в условиях дыхания кислородом и углекислотой в повышенных концентрациях в доступной литературе мы не встретили. С действиям этого фактора организм человека сталкивается довольно часто: замкнутое пространство, вдыхание разнообразных газовых смесей, оксигенотерапия и др.

В настоящей работе приведены результаты двух серий экспериментов для выявления реакции гипоталамических нейросекреторных клеток (ГНК), т е исследовали реакцию крупниклеточных ядер гипоталамуса. Опыты проведены на 100 белых крысах.

На протяжении всех сеансов гипербарической оксигенации (ГБО) нейросекреторная активность сохраняется выше нормы, начиная снижаться после 6-7 сеансов и к 7 суткам после прекращения эксперимента приближается к исходному состоянию. Нейросекреторная активность ядер гипоталамуса активизируются и при повышенных сдержанных углекислоты во вдыхаемом воздухе концентрация CO_2 - 2%, 5% и 10%.

Таким образом, изменение окружающей газовой среды организма, вызывает активацию нейросекреторных клеток гипоталамуса. Чрезмерно повышенное содержание кислорода или углекислоты ведет к нарушению и истощению нейрогуморальной регуляций.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР

Курбаниязова М.З., Эркинбаева Д.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Бесплодный брак - одна из важнейших медицинских, социальных и демографических проблем современности. Бесплодным принято считать брак, в котором

беременность не наступает в течение года регулярной половой жизни без применения контрацепции. В мире частота бесплодия колеблется от 8% до 29%.

Цель работы: Изучить причины бесплодия, представить доступные, эффективные а также, наиболее рациональные и достоверные методы обследования супружеских пар.

Материалы и методы обследования: В консультативную поликлинику Областного Перинатального Центра Хорезмской области обратились 68 бесплодных пар за период 2018г. Всем парам провели следующие исследования: тщательный сбор анамнеза, осмотр, клинические, лабораторные, ультразвуковые, инструментальные и рентгенологические исследования.

Результаты исследования: Возрастной диапазон исследуемых нами супружеских пар составил 20-38 лет. Средний возраст составил 25-26 лет.

С помощью сбора анамнеза выявили, что у 42 (62%) пар первичное бесплодие, у 26 (38%) вторичное бесплодие. В анамнезе у 15(22%) женщин были различные операции (аппендэктомия, кистэктомия, тубэктомия, операция кесарева сечения). УЗИ органов малого таза и гинекологическое

исследование показало, что у 3(4%) женщин II-III степень гипоплазии матки, поликистоз яичников у 11(16%) женщин.

Нарушение менструального цикла у женщин: по типу олигоменореи-19 (28%), альгодисменорея-16 (23%), аменорея-5 (7%) и без нарушения менструального цикла-28 (41%).

При исследовании спермограммы из 68 мужчин которых мы обследовали у 26 (39%) выявлено патология спермограммы: в виде 16 (24%)

- олигоспермия, 8 (12%) – аспермия и у 2 (3%) другие виды патологии спермы которые препятствуют к оплодотворению яйцеклетки. По ИМТ дефицит массы тела (<18,5 кг/м²) выявлено у 8 женщин, что составило 12%. Ожирение (>30 кг/м²) выявлено у 12 женщин (18%).

Результаты гистеросальпингографии показали, что у 4 (6%) женщин с первичным бесплодием и у 7 (10%) женщин с вторичным бесплодием выявлены непроходимость (окклюзия) маточных труб.

Выводы: Представленный нами пяти этапный доступный алгоритм диагностики бесплодных пар является доступный и помогает более чем в 80% правильно диагностировать причины бесплодия. Так как, бесплодие – патологическое состояние, которое в большинстве случаев поддается лечению. И это помогает решать вопросы реализации репродуктивной функции в оптимальные сроки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Курбанов М.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Злокачественные новообразования (ЗН) являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных. Проблемы ЗН по континентам, странам и административным территориям одной и той же страны, административным территориям одного и того же субъекта имеют существенные особенности, что обусловлено различной значимостью повсеместно действующих экзо- и эндогенных (в том числе и этнических) факторов риска злокачественных опухолей.

Цель исследования: комплексная эпидемиологическая оценка распространенности злокачественных новообразований среди населения в Республики Каракалпакстан (РК).

Материал и методы исследования: Исследование проведено на основе статистического материала Республиканского онкологического диспансера РК за 2008-2018гг.

Результаты исследования: За изучаемый нами промежуток времени в РК отмечается рост заболеваемости ЗН. Ежегодно регистрируются более тысячи больных с вновь выявленной онкопатологией.

Из общего числа вновь выявленных больных 2,6% дети до 18 лет, почти половина являются жителями сельской местности. Среди всего населения в целом наиболее часто регистрируются рак пищевода (13,5%), желудка (10,6%), рак груди (10,8%), рак шейки матки (9,1%), рак печени (5,6%) и другие. Структура заболеваемости среди мужчин и женщин имеет некоторое различие. Среди лиц мужского пола дети до 18 лет составили 3,6%, что в 2 раза больше чем среди женщин. Среди мужчин чаще регистрируются злокачественные новообразования желудка (16,5%), пищевода (12,1%), печени (7,6%), бронхов и легких (7,0%), кожи (6,1%). Среди женщин отмечается несколько другая иерархия локализации ЗН. Так среди последних, наиболее часто регистрируются злокачественные новообразования молочной железы (18,7%), шейки матки (16,0%), а затем только рак пищевода (13,9%), желудка (6,2%), печени (4,2%).

Более 35% случаев заболевания было выявлено при профилактических осмотрах, 1/3 случаев выявлено на I и II стадиях развития заболевания. Показатель пятилетней выживаемости за последние годы имеет тенденцию к увеличению, однако он варьирует в зависимости от локализации новообразования. Несмотря на проводимые мероприятия по профилактике ЗН среди населения, данная проблема еще далека от полного ее решения и нуждается в дальнейшем более углубленном исследовании, разработке и внедрении в практику организационно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение онкологической службы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабадажанов К.Б.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр*

Целью настоящего исследования явилась улучшение результатов и хирургического лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами с применением эндопротезов

Материал и методы Нами было изучено результаты оперативного лечения у 230 больных с различными послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 46 (20 %), женщин 184 (80%). Возраст больных колебался от 24 до 79 лет. Большая часть больных – 114 (49,5%) было в возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст), несколько меньшую – 65 (28,2%) составляли лица 30-44 лет (зрелый возраст).

Больные были разделены на 4 группы в зависимости от способа герниопластики: в 1-группу включены 96 (42%) больных, у которых аллопластика выполнена в « Onlay » позиции; во 2-группу – 75 (33%) больных, у которых протез размещался под апоневрозом (« Sublay »); 3-группу составили 51 (22,1%) больной оперированный по методике «Inlay». 4 – группу 8 (3,4 %) больных с интра-абдоминальным расположением эндопротеза (intraperitoneal onlay mesh — «IPOM»)

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения общего характера наблюдались только у 5(2,2%) больных из 1-группы. Среди них парез кишечника у 3 больных, явление компартмент синдрома - у 2. Все больные лечились консервативно.

Местные раневые осложнения развились у 20 (8,7%) больных: длительная экссудация из раны у 13, серома у 5, гематома послеоперационной раны у 2.

Во 2-группе у 2 больных было отмечено формирование гематомы послеоперационной раны. В 3- 4 группе осложнений не было. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом при хирургическом лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами предпочтение нужно отдавать «sublay». способам аллогерниопластики с фиксацией протеза под апоневрозом. В случае гигантских дефектов передней брюшной стенки для аллопластики предпочтительно использовать методику интра-абдоминального расположения протеза (intrapertoneal onlay mesh — «IPOM»), что позволяет значительно снизить количества местных осложнений и сократить сроки стационарного лечения. Методика « Onlay » может быть рекомендован при невозможности наапоневротического расположения протеза и должна являться резервной.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Умаров З.З.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр*

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с заболеваниями органов брюшной полости с использованием современных технологий.

Материал и методы: Изучены непосредственные результаты лечения 488 больных, оперированных в плановом порядке по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни, эхинококка печени. Возраст больных от 15 до 75 лет. Мужчин было 318, женщин – 170.

В комплексном лечении у 247 больных было использованы эндолимфатическое введение антибиотиков, иммунотерапия, ВЛОК, УФОК, эндохоледохоальное лазерное облучение, через дренажное лазерное облучение крови (ЧДЛОК), ГБО, гемосорбция (1-группа), 241 больных лечили общепринятыми методами (2-группа). Группы сопоставимы по возрасту, полу больных, срокам возникновения осложнений и его характеру.

Результаты: ВЛОК проводили в течение 25-30 мин с мощностью излучения от 5 до 8 мВт, курс лечения 8-10 сеансов. Чрезкожное – аппаратом «Узор» с 5-6 точек по 3 мин каждая с частотой 300 Гц, мощностью 25 мВт.

УФОК проводили при помощи аппарата МД-73 М «Изольда» по маятниковому типу с закрытым фильтром из расчета 2 мл крови на 1 кг массы тела больного со скоростью 20 мл/мин. Лечение начинали с 1-го дня после операции, курс лечения включал 3-5 сеансов, выполняемых через день.

ГБО проводили в барокамере «ОКА-МТ» под давлением 2,0-2,2 атм в течение 60 мин., из них время компрессии и декомпрессии по 10 мин, экспозиция на высоте давления 45 мин. Курс лечения состоял из 4-6 сеансов в одноместной кислородной барокамере.

Сравнительное изучение показало, что у больных основной группы по сравнению с контрольной было отмечено достоверное уменьшение дисбаланса иммунокомпетентных клеток, повышение уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов, нормализация иммунорегуляторного индекса.

Гнойно-септические осложнения возникали у 27 (11,2) больных контрольной группы, а у больных получивших комплексное лечение – у 5 (2,0%).

Выводы: Таким образом, комплексное лечение является высокоэффективным методом в профилактике гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии.

Необходимо указать, что ни одна из перечисленных мероприятий не может быть выделено в качестве главного- каждое из них является необходимым компонентом профилактического комплекса.

FORENSIC MEDICAL FEATURES OF STRANGULATION ASPHYXIA IN HANGED ELDERLY PEOPLE

Qalandarov J.Q., Abdullaev U.R.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Purpose and objectives - to study quantitative and qualitative characteristics of morphological manifestations of mechanical strangulation asphyxia in hanged elderly people.

Material and methods. There were studied 92 corpses of hanged people. The 1st group included 60 corpses of people who died at the age of 50 to 83 years in varying degrees of severity of chronic diseases of the cardiovascular and/or respiratory system, the presence of which was confirmed by histological examination of internal organs. Control (2nd) group consisted of 32 died at the age of 18 to 50 years. We studied the bodies only with the typical location of loop on a neck, made of a rigid or semi-rigid material, which left on the neck pronounced strangulation furrow.

Results and discussions. We compared the qualitative and quantitative indicators of the incidence of asphyxia signs in the 1st and 2nd groups and found significant differences. So, subconjunctival ecchymosis was found in the 1st group in 43%, in the 2nd – in 88% ($p < 0.001$); hemorrhages in the soft tissues by the furrow course – 38% and 88% ($p < 0.001$), in regional lymph nodes – 67% and 91% ($p < 0.01$), in the pool of ophthalmic veins – 29% and 41% ($p < 0.01$), under the visceral pleura (Tardieu spots) – 38% and 91% ($p < 0.001$), in the front pedicles of sternocleidomastoid muscle (Walcher symptom) – 47% and 59% ($p < 0.05$), in the extensors of back muscles – 19% and 41% ($p < 0.001$), respectively. These hemorrhages were of significant lower intensity and small amount in the group of elderly. There were not found significant differences in frequency of occurrence of the following symptoms in groups: involuntary salivation, excretion of feces, urine, semen and Kristeller plug - in 1st group 71% and 81% in the 2nd; pinching the tip of the tongue between the teeth - 47.6% and 41%; a circular arrangement of cadaveric spots in the distal parts of upper and lower extremities – 43% and 53%; hemorrhages in the intervertebral discs (Simon symptom) – 33% and 34%; anemia of spleen – 43% and 41%; general acute venous plethora of internal organs – 90% and 100%; dilatation and blood overflow of the right half of heart – 71% and 96%, respectively. In the control group in frequency dominated anisocoria - 22%, and in 1st group it was 5%, cyanosis of the face and neck – 81% and 38%, muscle strangulation furrow – 59% and 23.9%, acute swelling of the lungs – 53% and 14% ($p < 0.001$), respectively. Noteworthy is that in the 1st group was more common fracture of the hyoid bone and cartilages of larynx – 29% and 19% of patients, respectively ($p < 0.01$).

Conclusions. Thus, performed research proved the significant decrease in the frequency of occurrence and intensity of common asphyxic and specific signs of death in hanging, natural changes of biochemical indicators in biomaterials of corpses of persons older than 50 years as a result of decrease in response to a particular physical impact.

FORENSIC MEDICAL EVALUATION OF PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF MYOCARDIUM IN STAB WOUNDS

Qalandarov J.Q., Avezov A.U.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Important in mechanical trauma is the definition of prescription of damage formation. Resolving this issue is based mainly on reactive changes of tissues, vascular re-124actions, as well as on the development of the cellular response in the injured tissues.

Purpose and objectives. Assessment of pathomorphological signs of myocardium in penetrating stab wounds of the chest with heart injury.

Material and methods. A comparative analysis of cardiomyocytes in various areas of the wound channel in different intervals of post-traumatic period was held. In all cases the time of death did not exceed 24 hours. The material for microscopic examination was obtained from 27 cadavers of both sexes aged 15 to 60 years. Microscopic examination was performed on the MBS-10 microscope. Changes of myocardium were evaluated in four areas of the wound channel: 1) clearance of the wound channel; 2) edge or end zone of the wound channel (formed with myocardium areas that are the walls of the wound channel); 3) near-edge zone of the wound channel (part of myocardium in the circle of edge area); 4) intact myocardium zone (areas of myocardium, located outside of the wound channel, and surrounding areas of the myocardium). We assessed the following characteristics: the presence and volume of hemorrhage; morphofunctional state of the vascular walls and their permeability; hemodynamic disorders in the vessels of microcirculatory bed; violation of rheological properties of blood; types of degenerative changes of cardiomyocytes; contracture damage of cardiomyocytes.

Results and discussions. In the expert evaluation of each area of the wound channel there can be distinguished following characteristic pathomorphological signs:

a) in the clearance of the wound channel - the presence of hemorrhage, fibrin masses, fragments of injured cardiomyocytes;

b) in the edge or end zone formed by parts of the myocardium that are wound channel walls - a thickening and shortening of cardiomyocytes in "trapezium" shape with the greatest severity of contracture damage and lump decay;

c) in the near-edge zone there is a severe cardiomyocytes fragmentation accompanied by lateral deformation of the nuclei;

g) in the intact myocardium area - undulating deformation of cardiomyocytes, perivascular and stromal edema, mosaic character of contracture damage.

Conclusions. Assessment of pathomorphological changes of the myocardium in penetrating stab wounds of the chest with heart injury can solve the issue of prescription of damage formation.

DETERMINATION OF HAPTOGLOBIN PHENOTYPE IN SOME LIVER DISEASES

Qalandarov J.Q

Urgench branch of Tashkent medical academy

The resistance of the body to toxic effects is specified by the nature of the immune response, which is genetically determined. Observations show existence of a link between the resistance of the organism to certain diseases and phenotypes of haptoglobin (Hp).

Purpose and objectives are to study the distribution of Hp phenotypes among the dead persons who had chronic hepatitis and cirrhosis as a causes of death. **Material and methods.** There was studied blood of 117 corpses of people who died with a diagnosis of chronic hepatitis and cirrhosis (78 men and 39 women) aged 34 to 69 years. To compare was selected a control group, consisting of 59 blood samples from the corpses with a violent death category. Hp phenotypes were determined by horizontal electrophoresis of serum in starch gel by Owen in

O.V. Nikolenko modification. Evaluation of reliability of the results was performed using Student's t test.

Results and discussions. The results showed that the distribution of Hp phenotypes in the study group is different from that in the control group. It was stated a significant increase in the number of corpses with Hp 1-1 phenotype due to the significant reduction in the number of holders of Hp 2-2 phenotype. This suggests that individuals with Hp 1-1 phenotype prone to death in chronic hepatitis and liver cirrhosis compared with those who have phenotype Hp 2-2 in serum. Naturally, a combination of several factors required for the occurrence of fatal diseases. One of predisposing moments may be the presence of Hp 1-1 phenotype. Also of interest some authors' judgment that haptoglobin is involved in immunological protection of the organism, and that Hp 2-2 and 2-1 compared with Hp 1-1 phenotype have additional antigenic determinants.

Conclusions. On this paper data we can conclude that individuals with Hp 1-1 phenotype are more likely to develop chronic hepatitis and cirrhosis of the liver with a lethal outcome, and that the presence of this Hp phenotype should be considered as a risk factor.

БОЛАЛАРНИНГ ЁШИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ХИЛМА- ХИЛЛИГИ

Қиличева.Т.А

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади: овқат аллергиясида теридаги тошмаларнинг хусусиятини ёшига боғлиқ ҳолда ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Жами тадқиқотда 40 та 0 дан 14 ёшгача бўлган овқат аллергияси ташхиси билан даволанган болалар иштирок этди. Текширувдаги болалар ёшига кўра 4 та гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ – 8 та 0 дан 12 ойгача бўлган болалар ташкил этди, 2- гуруҳ – 10 та 1ёшдан 3 ёшгача, 3гуруҳ – 14 та 4 дан 6 ёшгача, 4-гр – 8 та бола 7-14ёш.

Натижалар ва муҳокама: текширув натижалари шуни кўрсатдики, 1-гуруҳ болаларда овқат аллергиясида теридаги тошмалар куйидагича намоён бўлди. 20% болаларда – яноқларнинг қизариши кўринишида, 40% болаларда бош териси ва қошларда пўстлоқларнинг пайдо бўлиши кўринишида, 23% болаларда – атопик дерматитнинг эксудатив шакли, 17% болаларда хар хил интенсивликдаги терида қичишишлар билан кечгани аниқланди. 2-гуруҳ болаларининг 50% терида яққол расмларнинг бўлиши, 35% тасида шиш ва 15% болаларда терининг қизариши кузатилди. 3 гуруҳ болаларида асосан атопик дерматитнинг эритематоз шакли учради. Бунда 25% болаларда қичувчи тугунлар, 12,5% болаларда майда пуфакчалар,37,5% та болаларда шиш, 25% болаларда қипиқланиш қайд қилинди. 4 гуруҳ болаларида кўпроқ лихеноид шакли учради. Бунда 11,5% болаларда терининг қурулиги, 46% болаларда яққол теридаги тошмалар, 5 та (19%) болаларда шишлар, 6 та (22,5%) болаларда инфильтрация учраганлиги аниқланди.

1 гуруҳ болаларида, (гўдак ёшли) танасининг 90% сувдан иборатлиги теридаги ўзгаришлар сув микдорининг кўплиги туфайли ёш билан кечади. 2 гуруҳ болаларида қон томирлар томонидан ўзгаришларнинг қўшилганлиги, бу эса ўз навбатида ёш катталашган сари клиник симптомларнинг қўшилиб боришидан далолат беради. 3 гуруҳ болаларида ёш катталашгани сари тери ости қаватининг камайиб бориши, органларнинг катталашishi ва танада сув мидорининг кичик ёшга нисбатан камайishi ва бунинг оқибатида терининг қуруқланиши туфайли бу ёшдаги болаларда шиш, қизариш ва майда тошмаларга қўшимча қичувчи тугунлар, майда пуфакчалар ва қипиланиш қайд қилинди.

Хулоса. Шундай қилиб, овқат аллергияси билан касалланган болаларда теридаги ўзгаришлар асосан атопик дерматит кўринишида бўлиб, теридаги ўзгаришларнинг болалар ёшига боғлиқлиги аниқланди.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Латыпов Д.А., Исматуллаева Г.Х., Пардаев Э.С.
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: проведение одномоментных операций при тяжелых сочетанных травмах у детей.

В последнее время отмечается рост детского травматизма, в том числе увеличения числа детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и после высотных травм.

Пострадавшим детям с множественными, сочетанными, полифокальными повреждениями помощь должна оказываться в специализированных учреждениях, где сконцентрированы специалисты различного профиля, имеется необходимая аппаратура и возможность круглосуточного её использования.

Материалы и методы: Исследование проводилось в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП, где имеется возможность круглосуточного оказания специализированной медицинской помощи, при тяжелых политравмах и сочетанных травмах оказывается специализированная травматологическая и нейрохирургическая помощь. За период 2017-2018гг. наблюдались 193 больных с тяжелыми сочетанными травмами из них 22 (11,4%) детей до 14 лет. Из них 12 (54,5%) ребенка после ДТП, 4 (18,2%) пострадавших после кататравмы, 8 (36,3) детей с бытовыми травмами различного генеза. Из этих детей по экстренным показаниям было прооперировано 12 (54,5%) детей, из них 6-и (27,3%) пострадавшим произведены одномоментные нейрохирургические и травматологические оперативные вмешательства: в 2-х случаях произведено трепанация черепа с удалением эпидуральной и внутри мозговой гематомы и открытый остеосинтез бедренных костей. В 1-ом случае трепанация черепа с удалением вдавленных костных отломков и удаление эпи-, субдуральной гематомы с остеосинтезом правой ключицы и остеосинтез костей правого предплечья. В 3-х случаях трепанация черепа с удалением эпидуральной гематомы и остеосинтез костей голени.

Результаты: Летальный исход был в 1 (4,5%) случае в 1-е сутки после операции. Несмотря на применение малоинвазивных методов оперативных вмешательств, в 2-х (9,1%) случаях после операции сохранился неврологический дефицит. В остальных случаях удалось добиться хороших отдаленных результатов.

Вывод: таким образом, применение в качестве одного из элементов комплексного лечения травматического шока одномоментной декомпрессии головного мозга и раннего остеосинтеза переломов конечностей (при стабильной гемодинамике) позволило значительно улучшить качество лечения, снизить временную нетрудоспособность, инвалидность, снизить летальность при тяжелых сочетанных травмах у детей.

ИЗУЧАТЬ ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СЕМЕННИКОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА У МАТЕРИ

Мадаминова Г.И.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы гипотиреоза беременных в практике врачей различных специальностей несомненна, поскольку при дефиците тиреоидных гормонов, необходимых для нормального развития и функционирования практически каждой клетки организма человека, развиваются тяжелые изменения всех без исключения органов и систем. Причины развития гипотиреоза беременных разнообразны, он может быть следствием дефицита йода в связи с повышенной потребностью в нем у беременных,

увеличением титра антител к тиреоидной пероксидазе, развитием воспитательных изменений (тироидит) в щитовидной железе и др. Наличие у ребенка даже минимальной недостаточности тиреоидных гормонов неблагоприятно сказывается на состоянии его иммунитета, умственного и физического развития, половом созревании, ухудшает прогноз репродукционной функции. Основная цель исследования-выявление структурных особенностей постнатального развития семенников потомства, полученного в условиях экспериментального гипотиреоза у матери. Исследования будут проводиться на двух группах крысят: первая группа, контрольная - потомство крысят, полученные от здоровых самок; группа, (опытная)-крысята, полученные от самок с субклиническим гипотиреозом беременных. Экспериментальная модель гипотиреоза будет воспроизводиться путём введения крысам-самкам до и во время беременности анти тиреоидного препарата Мерказолила. В работе планируется комплексное выявление структурных механизмов нарушений постнатального развития семенников потомства, полученного в условиях экспериментального гипотиреоза матери. Предполагается, что у потомства, полученного в условиях гипотиреоза у матери развиваются определенные нарушения естественного течения процессов постнатального становления мужских гонад. Ожидается, что гипотиреоз матери отказывает отрицательное влияние на процесс сперматогенеза и эндокринную функцию семенников потомства в постнатальном онтогенезе.

Все изложенной позволяет заключить, что изучение структурных аспектов постнатального развития семенников у потомства, рожденного в условиях гипотиреоза у матери является актуальной проблемой, имеющей как научно-фундаментальное, так и прикладное значение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРБИЛИРУБИНИЕМ

Мадримова А.Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Неонатальная гипербилирубинемия является одним из наиболее важных факторов, который может приводить к поражению слухового нерва новорожденного ребенка. По данным статистики гипербилирубинемия наблюдается в течение первой недели жизни примерно у 60% доношенных и 80% недоношенных новорожденных. Известно, что непрямой билирубин обладает нейротоксичным действием. Накопление несвязанного билирубина в некоторых структурах головного мозга может привести к временным или постоянным нарушениям слуховой, двигательной или когнитивной функции. Слух в первые месяцы жизни новорожденного имеет важное значение в развитие речи, языка и интеллекта. Раннее выявление и реабилитация потери слуха важны для развития речевых и языковых навыков у детей с нарушениями слуха.

Цель работы: Оценка состояния слуховой функции у новорожденных с гипербилирубинемией методом регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) и слуховых вызванных потенциалов мозга (СВП).

Материал и методы исследования: Исследование проводилось в интенсивной терапии и отделении патологии новорожденных перинатального центра Хорезмской области. Нами было обследовано 60 новорожденных. Основную группу составили 40 доношенных новорожденных с гипербилирубинемией и сравнительную группу 20 доношенных новорожденных с нормальными показателями билирубина в крови.

Из исследования были исключены новорожденные с преждевременными родами, новорожденные родившиеся в состоянии асфиксии. А так же критериями исключения были инфекционные заболевания матери и плода, приём антибиотиков аминогликозидового ряда, пороки развития черепно-лицевой области новорожденного, патология наружного и среднего уха новорожденного. На первом этапе обследования всем новорожденным проводилось регистрация отоакустической эмиссии. Во втором этапе

проводилась диагностика слуховых вызванных потенциалов мозга. Лечение новорожденных с гипербилирубинемией проводилось согласно стандартам лечения. Повторное обследование проводилось после терапии во время выписки и после периода наблюдения 3 месяца.

Результаты: Отоакустическая эмиссия регистрировалась у 32 из 40 новорожденных. 12 (30%) из 40 случаев в нашем исследовании имели изменения слуховых вызванных потенциалов мозга. Наиболее частым изменением СВП, отмеченным в нашем исследовании, был повышенный порог, наблюдаемый в 12 случаях (40%). Изменения СВП сохранялись в 9 (22,5%) случаях во время выписки, из которых в 4 (10%) случаях изменения сохранялись при повторном обследовании через 3 месяца.

Выводы: Анализ результатов этого исследования указывает на то, что новорожденные с повышенным уровнем билирубина в крови нуждаются в своевременном обследовании слуховой функции.

СОСТОЯНИЕ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИЕЙ

Мадримова А.Г., Сапаева Ш.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. В последние десятилетия, несмотря на значительные успехи медицины и перинатальной помощи, асфиксия остается тяжелым состоянием, приводящим к значительной смертности и заболеваемости. Частота тяжелой перинатальной асфиксии варьирует от 1 до 3 на 1000 живорожденных, в развитых странах 5-10 на 1000 и более в развивающихся, и представляет собой третью по распространенности причину неонатальной смерти (23%) после преждевременных родов (28%) и тяжелой инфекции (26%). Неонатальная асфиксия часто сопровождается полиорганной недостаточностью, включающей в основном почки, мозг и сердце. При асфиксии происходит значительная гипоперфузия тканей и снижается снабжение кислородом, что может вызвать неврологические поражения и повреждение волосковых клеток улитки.

Цель работы: Это исследование было проведено с целью изучения состояния слухового анализатора у новорожденных с состоянием перинатальной асфиксией.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 105 новорожденных с диагнозом перинатальной асфиксии, находившихся в отделении реанимации новорожденных Перинатального центра Хорезмской области. Были отобраны новорожденные, балл которых составил по шкале Апгар менее 4 на 1-й минуте или менее 6 на 5-минуте, так как они подвергались потере слуха. Для группы сравнения были отобраны только новорожденные с оценками по шкале Апгар >7 в первую минуту. Для оценки функционирования рецепторного аппарата улитки применяли метод регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ).

Результаты. Результаты скрининга слуха оценивалось по параметрам PASS / FAIL, который был использован в качестве критерия анализа, описанного в протоколе оборудования, со стимулами щелчков, при интенсивности 83 дБ УЗД, и были оценены шесть полос частот (от 1500 Гц до 4000 Гц). При сравнении младенцев, перенесших перинатальную асфиксию, с теми, кто был здоров, наблюдались более низкие амплитуды ответа у лиц, подвергшихся воздействию индикатора риска потери слуха на всех частотах, за исключением 3000 Гц в левом ухе. Можно сделать вывод, что анализ внутренних характеристик теста переходной вызванной отоакустической эмиссии показал более низкие значения амплитуды, что свидетельствует о более низкой производительности наружных волосковых клеток у новорожденных, перенесших перинатальную асфиксию.

Вывод. Новорожденные, перенесшие асфиксию, нуждаются в клиническом мониторинге, электрофизиологической и электроакустической оценке для выявления возможного повреждения клеток улитки и слуховых нервов.

ПЕРВЫЕ ШАГИ КАРДИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мадыев Р.З., Менглиев А.Т., Дияров Н.А., Долибаев А.С., Ибрагимов Т.Р.
*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Диагностический и лечебный центр «Утан полвон»*

В Сурхандарьинской области впервые в истории Узбекистана сделаны первые шаги по кардиохирургическому лечению детей и подростков с различными ВПС. В период с 2011 по 2019 годов выполнены 17 кардиохирургических операций на работающем сердце у 15 больных. Все операции выполнял один и тот же кардиохирург (Мадыев Р.З.).

Операции проведены в 2 периода. Первый период охватывает 7 операций, проведенные у 6 больных в Алтинсайской ЦРБ в 2011-2012 годах. Второй период охватывает 10 операций, проведенные в 2-х медицинских учреждениях города Термеза у 9 больных в 2018 – 2019 годах. Из них 1 операция проведена в областном детском многопрофильном медицинском центре, остальные 9 операций - в диагностическом и лечебном центре «Утан полвон» города Термеза. Возраст больных колебался от 10 месяцев до 18 лет, из них больных мужского пола – 5, женского пола - 10.

Перевязка и клипирование ОАП из левой боковой миниторакотомии выполнены у 7 больных; дозированное сужение ствола ЛА при ДМЖП с высокой ВЛГ (ВЛГ) по методике Р.З.Мадыева - у 4 больных; наложение МАА между восходящей аортой и правой ветвью ЛА в плевральной полости после тромбирования ранее наложенных МАА слева при ТФ – у 2 больных; наложение центрального аорто-легочного шунта через срединный доступ при резкой гипофункции ранее наложенного МАА слева – у 1 подростка с ТФ; перевязка и клипирование ОАП в сочетании с дозированным сужением ствола ЛА – у 1 ребенка с ДМЖП в сочетании с ОАП (не диагностированной во время многократных ЭхоКГ), осложненной ВЛГ. У 13 больных из 15 (87%) операции прошли успешно. Полностью выздоровели 6 больных, кандидатами для второго этапа коррекции ВПС стали 7 больных. 2-х больных не удалось спасти (по 1 больному из каждой группы). Анализ результатов первых операций на сердце у детей и подростков (выводы). 1. У больных с ДМЖП и ВЛГ для исключения «немного» ОАП необходимо тщательное выполнения ЭхоКГ. 2. Дозированное сужение СЛА по нашей методике эффективно снижает ВЛГ у больных с ДМЖП, что исключает необходимость интраоперационной тензиометрии. 3. При сочетании ДМЖП и ОАП больших размеров, осложненной ВЛГ, во время проведения первого этапа операции, рекомендуется перевязка ОАП без сужения СЛА. 4. У больных с синей формой ТФ во время рещунтирующих операций следует более «агрессивно» воздействовать на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА БОШ МИЯ ИНСУЛЬТЛАРИ СТРУКТУРАСИ

Матёкубов М.О.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бош мия инсултларини келиб чиқиш сабаблари, клиникаси ва кечилининг ўзига хос хусусиятларини яқиндан, тўлақонли билиш бу касалликни самарали даволаш ва олдини олиш чора-тадбирларини ишлаб чиқишга, вилоятимизда неврологик хизматни яхшилашга ёрдам беради.

Мақсади. Ушбу илмий изланишни ўтказишдан мақсад Хоразм вилоятида бош мия инсультлари ўткир сабаблари, клиникаси ва кечишининг ўзига хос хусусиятларини яқиндан таҳлил қилишдир.

Материал ва текшириш усуллари. Олдимизга қўйилган мақсадга эришиш учун биз Хоразм вилояти тез тиббий ёрдам марказида даволанган 143 та беморнинг касаллик тарихини таҳлил қилиб чиқдик. Жами кузатувда бўлган беморларнинг 63 тасини (44,05%) аёллар ва қолган 80 тасини эса (55,95%) эркаклар ташкил қилди.

Олинган натижалар. Беморларни ёшига қараб тақсимлаганда қуйидаги ҳолат кузатилди. 20-30 ёшда 1 та (0,7%), 30-40 ёшда 8 та (5,6%), 40-50 ёшда 15 та (10,48%), 50-60 ёшда 37 та (25,8%), 60-70 ёшда 53 та (37%), 70 ёш ва ундан юқори 29 та (20,27%) ни ташкил қилади. Беморларни ёшига кўра тақсимлаганда шу ҳолат маълум бўлдики, бош мия инсульта 60 ёшдан ошган аҳоли орасида кўпроқ учрайди (57,27%), лекин беморларни касалликнинг характериға боғлиқ ҳолда ёшлари бўйича тақсимлаганда геморрагик характердаги инсультлар кўпроқ 60 ёшгача бўлган аҳоли орасида учраши маълум бўлди (56,2%). Ишемик характердаги инсультлар эса кўпроқ 60 ёшдан ошган аҳоли орасида учраши маълум бўлди.

Беморларни касалликнинг характериға кўра таҳлил қилганимизда 143 та беморнинг 45 тасида геморрагик (13 та субарахноидал, 32 та паренхиматоз) (31,4%) ва қолган 98 та беморда эса ишемик инсульт эканлиги аниқланди. Кузатувда бўлган беморларда касаллик сабабларини ўрганганимизда уларнинг 92%да касалликнинг келиб чиқишида гипертония касаллиги ва қон томирлар атеросклерози асосий сабаб эканлиги маълум бўлди. Бунда гипертония касаллиги 62% ҳолатларда касалликнинг асосий сабабчиси эканлиги аниқланди. Бош мия инсультларининг ўткир даврида содир бўладиган ўлим натижаларини таҳлил қилганимизда кузатувда бўлган 143 та бемордан 30 тасида ўлим ҳолати аниқланди, у 21% ни ташкил қилади. Улардан аёллар 11 та беморни (36,6%), эркаклар эса 19 (63,4%) ни ташкил қилади. Ўлим натижалари ёши бўйича тақсимланганда: 40-50 ёшдагилар 5 та (16,66%), 50-60 ёшдагилар 13 та (43,3%), 60-70 ёшдагилар 8 та (26,7%), 70 ёш ва ундан катталар 4 тани (13,33%) ташкил қилиши аниқланди.

Ўлим билан тугаган ҳолатлар таҳлил қилинганда шу нарса маълум бўлдики, 50-60 ёшдаги беморларда ўлим ҳолати кўп кузатилар экан. Бу ҳолат, бизнинг фикримизча, 60 ёшгача бўлган беморларда кўпроқ геморрагик характердаги инсультлар учраши ва уларнинг оғир даражадаги гипертония касаллиги натижасида содир бўлиши билан боғлиқдир. Чунки илмий адабиётлардан маълумки, ўлим ҳолатлари ишемик инсультга қараганда геморрагик инсультларда анча юқоридир.

Хулоса. Шундай қилиб, ўтказилган изланишлар натижаси шуни кўрсатдики, Орол олди ҳудудида жойлашган Хоразм вилоятида бош мия инсультлари меҳнатга яроқли аҳоли (59 ёшгача) ўртасида кўпроқ учраши (54%) ва уларнинг асосий сабаби кўпчилик ҳолларда гипертония касаллиги (62%) эканлиги маълум бўлди.

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРАСИДА ТАНА ВАЗНИНИНГ ОШИШИ САБАБЛАРИ

Матмуротова С.О., Сатликов Р.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни олдини олиш усуллари ва туғриқлар орасидаги ўзгаришларнинг учрашини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 17-49 ёшдаги аёллар орасидан 180 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Текшириш давомида аёлларни ижтимоий-демографик хусусиятлари, ҳар бир туғруқдан кейин аёллардаги вазн ошиши, ҳар бир туғруқдан кейин аёлларда метаболик синдромга учраши текширишлар давомида кузатилди. Аёлларнинг зарарли одатлари, овқатланиш рациони, акушерлик анамнези, наслилиги, ўтказилган касалликлар анамнези, аёлларни ўзини

саломатлигига муносабати ва врачлар берган маслахатларга қай даражада амал қилишлари ўрганилди. Қондаги липидлар, иммуноректив инсулин, 2 соатдан кейинги глюкозага толерантлик аниқланди.

Натижалар. Аёлларда туғруқлар орасида тана вазнининг ошиши 21 % ни ташкил қилар экан. 30 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Висцерал-абдоминал ёғ босиши билан кечувчи гормонал бузилишлар аниқланди, бунга кўра кортизол ошиши, аёлларда тестостерон ва андростендион ошиши, прогестерон камайиши, инсулиннинг ошиши, норадреналиннинг ошиши кузатилди. Гормонал бузилишлар биринчи навбатда ёғнинг асосан висцерал соҳада йиғилишига олиб келади, шунингдек бевосита ёки билвосита инсулинорезистентлик ва метаболик бузилишларга сабабчи бўлади. Инсулинорезистентликнинг шаклланиши ва ривожланишида висцерал ёғ тўқимаси муҳим ўрин эгаллайди. Аёллар орасида метаболик синдромни учраши асосан 30 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Кортизол метаболизмга турлича таъсир кўрсатади. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 13 % ни гипертриглицеридемия 19 % ни ташкил қилди. Аёлларда эстерогеннинг камайиши ҳам абдоминал ёғ босишига сабаб бўлиши кўпроқ кузатилиши аниқланди.

Хулоса. Туғруқлар орасида аёлларда вазн ошиши ва липидлар алмашинувининг бузилиши сезиларли даражада кенг тарқалган. Аёллар орасида метаболик синдромни белгиларининг камида 2 тасини учраши кузатиляпти. Бу эса туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини эрта аниқлаш муҳим эканлигини ва олдин олиш чораларини излаб топиш кераклигини кўрсатади.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА

Матризаев Т.Ж

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Кровотечение-одно из тяжелых осложнений большого числа заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нередко приводящее к летальному исходу. 9% больных поступивших по неотложным состояниям в хирургическое отделение являются пациентами с желудочно-кишечным кровотечением. Наиболее часто страдают мужчины в возрасте 45 – 60 лет. Существует около 200 возможных причин желудочно-кишечного кровотечения. Среди них гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии составляют 44 – 49%. Кровотечения неязвенной природы встречаются более чем в половине всех случаев – у 51 – 56% пациентов. Часть из них связана с опухолевым поражением различных отделов ЖКТ (4 – 7%). Кровотечения при опухолях зачастую являются причиной, заставляющей обратиться за врачебной помощью. Массивные кровотечения чаще развиваются при некрозе и изъязвлении опухоли. Полипы редко является причиной острых кровотечений (Савельев В.С., 2004).

Материалы и методы. Нами исследовано 206 биопсий за 2012 – 2014 годы, полученные при эндоскопических исследованиях. Среди пациентов было 127 (61,7%) мужчин и 79 (38,3%) женщин в возрасте от 1,5 лет до 91 года. Материал поступал с различными клиническими диагнозами: язвенные поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта у 45 (24 мужчин и 21 женщина), полипы различных отделов – у 46 (23 мужчины и 23 женщины) и опухолевые поражения желудочно-кишечного тракта – у 115 (80 мужчин и 35 женщин).

Результаты исследования. При гистологическом исследовании язвенные поражения органов ЖКТ распределились следующим образом. Язва пищевода в 1 (0,5%) случае, хроническая язва желудка в стадии обострения в 37 (18%) случаях у 20 мужчин и 17 женщин в возрасте 24 – 85 лет, в том числе с умеренной дисплазией в 5 случаях у 1

мужчины и 4 женщин. В 1 (0,5%) случае подтверждена хроническая язва двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. В 1 (0,5%) случае имел место неспецифический язвенный колит.

Аденокарциномы были выявлены в 104 (50,5%) случаях. Из них недифференцированные составляли 12 (11,5%) случаев, в равных количествах у мужчин и женщин, низкодифференцированные – 42 (40,4%) случаях у 30 мужчин и 12 женщин, умереннодифференцированные – 44 (42,3%) случая у 31 мужчины и 13 женщин и высокодифференцированные – 6(5,8%) случаев у 2 мужчин и 4 женщин. Рак *in situ* установлен в 7 (3,4%) случаях у 3 мужчин и 4 женщин. В 6 (2,9%) случаях выявлен плоскоклеточный рак. Причём у 1 мужчины высокодифференцированный, в 3 случаях умереннодифференцированный у 2 мужчин и 1 женщины, и у 2 мужчин железистоплоскоклеточный. Перстневидноклеточный рак установлен в 4 (1,9%) случаях у 3 мужчин и 1 женщины. 42 (20,4%) случая составили полипы. По морфологическим разновидностям они представлены в 38 (90,4%) случаях простым аденоматозным полипом в равных количествах у мужчин и женщин, по 1 (2,4%) случаю ворсинчатого и железистого полипов и 2 (4,8%) случая малигнизированного полипа (гистологически аденокарцинома умеренной дифференцировки). В 2 (1%) случаях определялся хронический гастрит и в 1 (0,5%) случае туберкулёз желудка.

Выводы. Проведённый анализ показал, что среди причин кровотечений из ЖКТ в подавляющем большинстве случаев преобладают заболевания неязвенной природы – 161 (78,5%), в то время как на долю язвенной природы пришлось лишь 45 (21,8%) случаев. По морфологической структуре опухоли представлены различными видами, среди которых преобладают аденокарциномы. Также как в общей популяции преобладает рак желудка – 86 (82,7%) случаев. Зависимости от пола и возраста ни среди язв, ни среди опухолей не выявлено. Хотя полипы толстой кишки в основном были обнаружены в детском возрасте (от 1,5 до 12 лет).

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Матризаева Г.Дж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Тромбоэмболические осложнения являются одной из главных причин материнской заболеваемости и смертности, их частота составляет 2:100.000 беременностей. Риск развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у беременных женщин в 5 раз превышает риск развития его у небеременных женщин, достигая 1случая на 1000 родов. Оперативное родоразрешение повышает риск ВТЭО в 20 раз.

Цель исследования: оценка клинической эффективности современных принципов профилактики ВТЭО после операции кесарева сечения.

Материалы и методы исследования: Особенности течения беременности, родов и послеродового периода были прослежены ретро – и проспективно у 447женщин, наблюдавшихся и родоразрешенных путем операции кесарева сечения в Областном перинатальном центре Харезмской области, в период с 10.09.2017 по 10.09.2019. Пациентки были разделены на 2 группы: до введения протоколов (с10.09.17 по 09.09.18) – 1 группа ретроспективная(n=224), после внедрения протоколов (с 10.09.18 по 10.09.19) – 2 группа проспективная (n=223). С 03.02.2018 в областном ПЦ где базируется кафедра акушерства и гинекологии УфТМА, утверждены протоколы «Ведение родильниц после оперативного родоразрешения», «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии», введена мультимодальная программы «Fast track surgery» (FTS –хирургия быстрого восстановления), основанные на современных принципах доказательной медицины (www.ncagip.ru/nmo/elib/clinicprot.php). Анализировалась частота послеоперационных осложнений, включая тромбоэмболических

осложнений. Статистическую обработку данных проводили с помощью свободно распространяемого программного продукта Winperi версии 10,7. Отношение шансов (ОШ) приведено с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Возраст женщин колебался от 18 до 47 лет и в среднем составил в 1 группе $28,6 \pm 5,48$ лет, 2 группе – $31,5 \pm 5,37$ лет и достоверно не отличался во всех группах. Факторами, осложняющими течение беременности и родов являлись: сердечно-сосудистые заболевания в 10,7% и в 18,0%, заболевания мочевыводящей системы в 17,8% и 15,4%; эндокринной системы в 11,8% и 10,7%, варикозная болезнь в 10,8% и 7,0%, тромбофилия в 8,3% и 11,6%, преэклампсия в 20,7% и 23,9%, хроническая плацентарная недостаточность в 16,5% и 19,3% случаях, до и после введения протокола соответственно. До внедрения протокола назначение препаратов низкомолекулярного гепарина (НМГ) проводилось только при отклонениях в параметрах гемостазиограммы на 3-е сутки после родоразрешения. В протоколе был разработан оценочный лист риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений, в котором на основании большой оценки анамнестических факторов, соматических и акушерских осложнений, наличия клинически значимых тромбофилий формировались группы риска по ВТЭО. При низком факторе риска развития ВТЭ проводилась эластическая компрессия нижних конечностей. При среднем факторе риска развития ВТЭ (2–5 баллов) проводилась перемежающаяся пневмокомпрессия (ППК), низкомолекулярные гепарины (НМГ) в течение 6–7 дней, а при высоком факторе риска развития ВТЭ (более 5 баллов) – ППК, НМГ (в течение 6 недель после родов). Введение НМГ при отсутствии противопоказаний начиналось через 12 часов после окончания операции. Применение НМГ после оперативного родоразрешения составило: в 1 группе – 13,3%, во 2 группе – 25,2% [ОШ 0,73 (95% ДИ 0,61;0,86)]. Из них частота среднего фактора риска составила 11,0%, высокого риска – 4,2%. До протокола отмечался 1 случай тромбоза глубоких вен и 2 случая тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, после введения протокола не было зарегистрировано ни одного случая. Программа FTS-хирургии заключается в ранней активизации пациенток после оперативного родоразрешения, что препятствует венозному застою и тромбоэмболии, способствует ранней выписке. Применение FTS системы привело к снижению таких осложнений, как парез кишечника в 3,5 раза с 0,8% до 0,2% [ОШ 3,5 (95% ДИ 0,898;19,82)], а также инфекции мочевыводящих путей в 6 раз с 2,4% до 0,4%, [ОШ 6,6 (95% ДИ 2,53;21,96)], что обусловлено ранней активизацией и ранним энтеральным питанием.

Выводы: Таким образом, назначение НМГ не должно основываться на данных гемостазиограммы, в частности показателе D-dimer, т.к. свертывающая система – достаточно динамическая система и после родоразрешения, особенно оперативного, возможно повышение коагуляционного потенциала и маркеров внутрисосудистого свертывания.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС

Матризаева Г.Дж.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Фаол жинсий ҳаёт бошланиши биланоқ аёллар генитал герпесни ўзига юктиради. Одатда аёллар касалликни 17-23 ёшда вирусни юктиради яъни айни репродуктив фаол бўлган ёшда. Бундай аёллар вирусни жинсий ҳамроҳига юктириш билан бирга, касалликнинг симптомсиз кечиши натижасида неонатал инфекция ва чақалоқлар вирусли касаллиги сабабчиси бўлиб келмоқда.

Мақсад: Генитал герпес тарқалганлигини жинсий аъзоларида яллиғланиш туфайли мурожаат қилиб келган аёллар орасида ўрганиш. Жинсий алоқа орқали юкувчи инфекция ва генитал герпес учраши боғлиқлигини ўрганиш, уларнинг ҳамкорликда учраши ўз

навбатита жинсий аъзоларда яллиғланиш касалликларини кечишига қандай таъсир қилишини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари: текширилаётган аёллар 65 та аёл бўлиб, улар аёллар маслаҳатхонасига жинсий аъзоларида яллиғланиш туфайли мурожаат қилиб келган 16 ёшдан 38 ёшгача бўлган аёллар ташкил қилди.

Текширув натижалари: Текширилаётган аёллар 2018 йилнинг биринчи ярмида гинекологга мурожаат қилган бўлиб, уларнинг барчасига умумий кўздан кечириш, гинекологик текширув, умумий қон ва сийдик тахлили, қиндан суртма олиб бактериологик текширув ўтказилди. Барча аёлларда кичик чаноқ аъзолари ультратовуш текшируви, шу билан биргаликда аёлларда бактериологик ва вирусли касалликни аниқлаш мақсадида иммунофермент анализ (ИФА) амалга оширилди. Қонда Ig G антителаларини аниқлаш генитал герпесни аниқлашнинг энг осон ва арзон усули бўлиб, инфекцияни қачон юқтирганини аниқлашга ёрдам беради. Текширувлар генитал герпеснинг 19-28 ёшдаги аёллар орасида кенг тарқалганлигини кўрсатмоқда, улар бизлар текширувимиздаги аёлларнинг 27 (33%) ташкил қилди. Гинекологик кўрик пайти 11 (13,4%) аёлларда генитал герпес ўткир босқичда аниқланди ва аёллар оралиқ соҳаси, катта ва кичик жинсий лаблари, қин ва бачадон бўйнида гурух-гурух бўлиб жойлашган сероз суюқлик билан тўлган везикулалар, баъзилари ёрилиб ярага айлангани кўрилди. Ташхисни лаборатор тасдиқлаш мақсадида аёллар ИФА текширувидан ўтказилди. Текширилган аёллардан 42 (49%)да генитал герпес билан биргаликда хламидия, гарднерелла, трихомонада ва Candida туридаги замбуруғлар борлиги аниқланди. Вирусли инфекция одам иммун жавобини сусайтириши фанда ўз исботини топган, бу ўз навбатида яллиғланиш касалликларини ривожланиши, қайталаниши ва кечишига салбий таъсир этади.

Хулоса: иммунофермент анализ ёрдамида генитал герпес Ig G антителоларини аниқлаш вирус билан бирламчи касалланиш билан касаллик реинфекциясини ва инфекцион жараёни реактивациясини фарқлашга ёрдам беради, бу эса шубҳасиз амалий ахамиятга эга.

GLOBALLASHUV SHAROITI VA UNING PEDAGOGIK VA PSIXOLOGIK ASPEKTLARI

Matchanova N.T

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

“Global” tushunchasining lug‘aviy ma’nosi nuqtayi nazaridan fransuz tilida “umumiy”, lotin tilida esa “globus” – “Yer shari” ma’nolarini bildiradi. Demak, globalizm tushunchasi ana shu ikki ma’noda ham bevosita insoniyat hayoti va taqdiri bilan bog‘liq bo‘lgan katta muammolarni, “sayyoraviy”, “dunyoviy” muammolarni global taraqqiyot istiqbollari qamrab oladi.

“Globallashuv-bu avvalo hayot sur’atlarining beqiyos darajada tezlashuvi demakdir”, “Kimdir uni yuksak texnologiyalar zamoni desa, kimdir tafakkur asri, yana birov yalpi axborotlashuv davri sifatida izohlash mumkin”.Globallashuv-insonning ongu shuuri, tafakkuri samarasi sifatida vujudga kelgan jahon miqyosidagi umumiy jarayon, ta’bir joiz bo‘lsa insoniyat boshidagi yana bir sinov”.

Globallashuv sharoitida internet yangi aloqaviy vositadir. Kimdir ma’lumot, kimdir axborot oladi va yana boshqa birov tanish orttiradi, xat yozishmalar sifatida foydalaniladi va barcha sohalar ma’lumot beruvchi ensiklopediya o‘rmini egallaydi. Globallashuv sharoitida kishilar internetdan xohlagan manbani topadi. Internet ko‘pchilikni birlashtiradi yoki ajratishi ham mumkin, bundan tashqari agressiv maqsadda ishlaydi, ya’ni u mafkuraviy urush qurolidir, buni ilmda «kiberterro-rizm» deydi.

Hamonki, bugun ana shunday yovuz xatarlar boshimizga quyundek yopirilib kelayotgan ekan, har qaysi inson o‘zining ongli yashash huquqi uchun avvalo o‘zi kurashishi kerak. Ongli

yashash degani - o‘z aqli va fikriga ezgu, insoniy mafkuraga, aniq milliy g‘oyaga suyanib yashash degani.

Masalaning yana bir murakkab tomoni shundaki, hozirgi zamonda bunday zararli axborot oqimini ta‘qiqlash yo‘li bilan to‘xtatib bo‘lmaydi. Bir teshikni berkitsangiz, boshqa, undan ham kattaroq tirqishdan bostirib kiraveradi. Shu sababli bunday axborot tajovuzlarning mohiyatini ochib berish uchun faqat ma‘naviy-ma‘rifiy tarbiya yo‘li bilan kurash olib borish mumkin.

Ijtimoiy hayot shiddat bilan o‘zgarib borayotgan globallashuv davrida yashayapmiz. O‘tgan asrning 70-80 yillarida tor doiradagi geosiyosiy va siyosiy-mafkuraviy adabiyotlarda paydo bo‘lgan bu atama bugun kishilar o‘rtasidagi oddiy muloqot mavzuyiga aylanishga ulgurdi. Shu jihatdan, globallashuv fenomeni qator siyosiy, ijtimoiy va iqtisodiy fan sohalarining predmetiga aylanib borayotganligi, har kim unga o‘z nuqtayi nazariga ko‘ra yondashayotganligi tabiiy hol.

Globalashuvning quyidagi asosiy belgilari mavjud: elektron kommunikatsiya inqilobi natijasida ijtimoiy munosabatlarda sodir bo‘lgan chuqur o‘zgarishlar, transmilliy korporatsiyalar faoliyatining kengayishi, xalqaro savdoning kengayishi va erkinlashishi, xalqaro kapital aylanmasi va uning yo‘lidagi to‘siqlarning bartaraf etilishi, xalqaro moliyaviy va iqtisodiy institutlarining tashkil topishi.

Axborot globallashuvi va yoshlar ma‘naviyati, har qanday axborot oqimining yoshlar ma‘naviyatiga ta‘siri xususida so‘z yuritganimizda avvalo bu masala zamirida jamiyatimizning, davlatimizning milliy xavfsizligi yotganini nazarda tutishimiz lozim. Zero bu mavzuda so‘z yuritar ekanmiz avvalo ikki masala mavzuning dolzarb nuqtasiga aylanadi: birinchisi axborot oqimi-mafkuraviy tahdid; ikkinchisi – yoshlar ma‘naviyati, ya‘ni turli xildagi axborotlarga nisbatan yoshlarimizda shakllangan immunitet masalalaridir.

Axborot oqimi o‘z mohiyatiga ko‘ra ma‘lum bir maqsadga yo‘naltirilgan bo‘ladi. Uning qanchalik yoshlarimizga ta‘sir qilishi uning oldiga qo‘yilgan maqsad sari puxta yo‘naltirilganligiga bog‘liq. Tabiiyki, axborot oqimining salbiy ta‘siri esa ularda shakllangan mafkuraviy himoya tizimining mukammalligi omiliga bog‘liq.

O‘tish davrida axborot mafkuraviy idrok etish bilan bog‘liq vaziyatning murakkabligi, ya‘ni davlat, jamiyat va shaxsda mafkuraviy raqobat borasida yetarlicha demokratik tajriba yo‘qligida hamdir. Ommaviy axborot vositalari tinglovchilarining ko‘pchiligi siyosiy mavzudagi har qanday axborotni rasmiy axborot sifatida qabul qiladi. Axborotlar harakteri va tartibi siyosiy osoyishtalik va barqarorlikning o‘ziga xos barometri bo‘lib xizmat qiladi. Agar fikrlar xilma-xilligi xolati namoyon bo‘lsa, beqarorlik ko‘rsatkichi, siyosiy munosabatlar tizimida muammoli vaziyat yetilib kelayotganining o‘ziga xos alomati sifatida talqin qilinadi. Ikkinchi masalada avvalo, yoshlarimizning mafkuraviy immuniteti bugungi kunga qanday shakllangan degan savol paydo bo‘ladi. Masalani inson omili nuqtayi nazaridan o‘rganadigan bo‘lsak, mafkuraviy immunitet – har qanday axborot ta‘siriga tushib qolmaslik, avvalo, o‘sha inson ongu-tafakkuri, idroki nechog‘lik o‘tkiriligiga, chuqur mushohada qilish qobiliyatiga bog‘liq.

Hammada ham bunday qobiliyatlar birdek rivojlangan emas. Ammo, bu qobiliyatlarni shakllantirish, idrok ko‘nikmalarini hosil qilish, inson tug‘ilganidan to shaxs sifatida shakllanganiga qadar davom etadi. Xususan, bunda ma‘lum bir yoshning ko‘p kitob o‘qishi, o‘z mamlakati tarixini o‘rganishi, urf-odatlariga nisbatan hurmat ruhida tarbiya topishi, bir so‘z bilan aytganda, unda milliy e‘tiqod – milliy faxr shakllanishi muhim o‘rin tutadi. O‘z millati qadriyatlarini qadrlagan, o‘z tarixini bilgan, Vatanga e‘tiqodi shakllangan yoshlarning axborot oqimlarining ta‘siriga tushib qolish ehtimoli kam. Chunki bunday yoshlarda o‘ziga xos psixologiya va masalaga o‘ziga xos yondashuv paydo bo‘lgan bo‘ladi. U har qanday axborot zamirida ma‘lum bir maqsadni o‘rgana boshlaydi.

Shundan kelib chiqib yoshlarni globallashuvning salbiy ta‘siridan asrash, mamlakatimizda amalga oshirilayotgan yoshlarga oid davlat siyosatining asoslarini ularga keng tushuntirish, yoshlarimizning ongu shuuriga milliy qadriyatlarga ehtirom tuyg‘usini singdirish, “ommaviy madaniyat”ning ayanchli oqibatlaridan farzandlarimizni to‘laroq xabardor etish masalalariga alohida e‘tibor qaratildi.

Globalashuv sharoitida tobora kuchayib borayotgan ma'naviy xurujlarga qarshi kurashish maqsadida amaldagi qonunchilikka qator o'zgartish va qo'shimchalar kiritildi, yangi qonun hujjatlari qabul qilindi bu qonunlarning qabul qilinishining asosiy maqsadi yoshlarni har tomonlama himoya qilishdan iborat.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ У ДЕТЕЙ

Матякубова О.У., Артиков И.А., Нурллаев Р.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. До настоящего времени показатели заболеваемости паротитной инфекции в Узбекистане остаются достаточно высокими. Тенденция к снижению отмечена лишь после 2000 г.г (показатель заболеваемости 11,9 в 2001 году, 9,97 - в 2002 году, 7,45 - в 2003 году). Однако в ряде регионов Узбекистана уровень ее остается до сих пор в 3,5 -7,5 раз выше, чем в целом по стране (200-400 на 100 000 населения регионов РУз). Доля детей в структуре общей заболеваемости паротитной инфекции сократилась до 57,8 %.

Цель исследования. Изучить характер изменений в лабораторных анализах при эпидемическом паротите у детей.

Материал и методы. Исследования проводились в период с 2012 по 2016 годы на базе областной инфекционной больницы. Обследовано 50 больных детей в возрасте от 1 го года до 18 лет с диагнозом «Эпидемический паротит». Диагноз ставился по данным анамнеза, результатам объективного осмотра и подтверждался определением титра антител серологически в парных сыворотках. Всем больным детям проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, кала), биохимические анализы, включая диастазу крови и мочи для подтверждения диагноза панкреатит. Люмбальная пункция проводилась 7 детям с поражением нервной системы. Инструментальные методы исследования, УЗИ проводились 25 детям с явлениями панкреатита и орхита.

Результаты исследования. Из общего количества больных в общем анализе крови анемия 1 степени выявлена у 22 больных (44%), уровень гемоглобина у данных больных составил

100-115 г/л. Снижение цветного показателя крови ниже 0,75 было определено у 18 больных (36%). Изменения в лейкоцитарной формуле показали, что лейкопения и нейтропения отмечались у 12 больных (24%), лимфоцитоз у 26 детей (52%), моноцитоз у 8 больных (16%). Незначительное повышение СОЭ в пределах 18-20 мм/час отмечалось у 11 детей (22%).

В общем анализе мочи следы солей обнаружены у 10 больных (20%), у остальных детей в моче существенных изменений не было. В общем анализе кала у 15 детей с явлениями панкреатита определен мазеподобный консистенции кал, наличие непереваренной клетчатки, повышение содержания нейтрального жира и жирных кислот. Обнаружены яйца глист у 36 больных (72)

Выводы. Таким образом, у обследованных больных детей с диагнозом «Эпидемический паротит» снижение уровня гемоглобина и цветового показателя указывают на наличие у данных больных сопутствующей патологии как анемии. Повышение уровня диастазы крови и мочи свыше нормы указывают на проявления панкреатита. У 7 детей (14%) диагностировался явления менингита, изменения ликвора соответствовали указанной патологии.

АКУШЕРЛИКДА МАССИВ ҚОН КЕТИШИДА ТОТАЛ ВА СУБТОТАЛ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

Матякубов Б.Б.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Мақсад: Хоразм вилояти Янгиарик туманидаги туғруқ мажмуасида тотал гистерэктомиянинг асосий сабабларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: 2014 йилдан 2017 йилгача бўлган вақт оралиғида туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврда қилинган тотал гистерэктомия Хоразм вилояти Янгиарик туманидаги маълумотларнинг ретроспектив таҳлили ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Дунёда акушерликда массив қон кетиши ва геморрагик шок натижасида оналар ўлимининг асосий сабаби ҳисобланади ва бу 25% ни ташкил қилади. Қон йўқотиш миқдорини аниқлашда одатда визуал баҳолашга эмас, балки клиник лаборатория белгиларига эътибор бериш жуда муҳимдир. Патологик қон йўқотишлар қуйидагиларни ўз ичига олиши керак: Туғруқ пайтида 500 мл дан ортиқ, кесар кесиш амалиётида 1000 мл дан ортиқ қон йўқотиш. Мезонлар: соатига 150 мл. дан ортиқ, 3 соат давомда 50% дан купроқ, яъни 1500-2000 мл дан ортиқ қон йўқотишлар, 24 соат ичида 10 дан ортиқ эр-массага бўлган эҳтиёж, гемокритнинг 10% дан камайиши патологик қон йўқотиш ҳисобланади. Биздаги маълумотларга кўра Хоразм вилояти Янгиарик туманидаги туғруқ мажмуасидаги гистерэктомия частотаси 2014 йилда 0.3% ни ташкил этган. (7та - 2290 туғруқдан), 2015 йилда -0.4% (11та- 2204 туғруқдан), 2016 йилда 0.2% (6та-2276 туғруқдан), 2017 йилда 0.4% (9 та- 2206 туғруқдан). Амалиёт протоколларини батафсил урганиш шуни курсатдики, 2014 йил жаррохлик аралашув хажмининг асосий сабаблари: гипотоник ва атоник қон кетиш – 57,1% (4та), йулдошнинг ушиб кириши 14.2%(1та), нормал жойлашган йулдошнинг муддатидан олдин кучиши 28.6% (2та). 2015 йилда-бачадондан атоник қон кетиши 63,6% (7та), нормал жойлашган йулдошнинг муддатидан олдин кучиши 27.2% (3та), Туғруқдан кейинги сепсис 9.0% (1та). 2016 йилда бачадондан атоник қон кетиши 50.0% (3та), нормал жойлашган йулдошнинг муддатидан олдин кучиши 33.3% (2та). Туғруқдан кейинги сепсис 16.6% (1та). 2017 йилда бачадондан атоник қон кетиши 55.5% (5та), нормал жойлашган йулдошнинг муддатидан олдин кучиши 44.4% (4та). Қуйидагилардан шуни такидлаш лозим, 2016 йилда гистерэктомия частотаси 2015 ва 2017 йилларга нисбатан 2.0 баробар пасайиши кайд этилган. Шу билан бирга бачадондан атоник қон кетиш билан боғлиқ радикал операциялар частотаси барқарорлигича колмоқда.

Хулоса: Хозирги вақтда гистерэктомия килинишининг асосий сабаби бачадон қискариши ва нормал жойлашган йулдошининг муддатидан олдин ажралиши билан боғлиқ қон кетишлардир. Бу беморларни дастлабки босқичларда тулик ва чуқур текширишни талаб қилади. Шу билан бирга акушерлик шифохоналари ичида клиник протоколларнинг киритилиши гипотоник ва атоник қон кетиш туфайли килинадиган гистерэктомия амалиёти частотасини бироз пасайтиришга имкон беради. Бу аёлларнинг репродуктив саломатлигини саклаш ва амалга ошириш учун муҳимдир.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Хонов С.Ш., Райимов Б.С
*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП*

Современной диагностики и тактики лечения при острой кишечной непроходимости (ОКН) являются сложных и актуальных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. Летальность при ОКН по прежнему остается высокой, достигая от 15 до 40 %.

Нами с 2010 по 2016гг в отделении неотложной хирургии наблюдалось 145 больных с ОКН. Мужчин было -86 (59,3%), женщин- 59 (40,7%). Возраст больных колебался от 10 до 82 лет. Из 145 больных у 98 были с тонкокишечной непроходимостью, а 47 с толстокишечной непроходимостью. Из них у 55 пациента наблюдалась послеоперационная спаечная кишечная непроходимость.

Всем больным обследование проводилось по единому стандарту диагностических мероприятий: клинико-лабораторные исследование, УЗИ, эндоскопии и рентгенологические исследование. У 25 больных признаков ОКН разрешилась путем консервативными мероприятиями. У подавляющего большинства больных выявлены существенные нарушения в системе гомеостаза, водно-электролитного баланса, определяющие тяжесть клинического течения заболевания. Предоперационная подготовка включала комплекс мероприятий: инфузионно-трансфузионная терапия, стимуляции кишечника, декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, механическая очистка дистальных отделов толстого кишечника, антибиотикотерапии и др.

Из 120 больных у 75 произведена рассечение спаек и устранение причины непроходимости, у 6 больных деторзия сигмовидной кишки резекция сигмы с наложением первичного анастомоза «конец-конец» и декомпрессии. У 4 больных выполнена операция Гартмана, у 2 энтеротомия с удалением безоары, у 8 больных резекция тонкого кишечника, у 3 обходной илеотрансверзоанастомоз, У 10 больных произведена дезинвагинация. У 9 больных санации брюшной полости и интубации кишечника по поводу паралитической кишечной непроходимости и др, Декомпрессия ЖКТ осуществлена с назогастральным, цеко- и аппендикоцекостомическим и трансанальным путем интубацией кишечника зондом Эбота-Мюллера. У 27 больных декомпрессия ЖКТ осуществлена путем порциального «сцеживания» содержимого кишечника из проксимального к дистальному отделу. Продолжительность пребывания зонда Эбота-Мюллера в просвете кишечника составляла 4-6 суток. Послеоперационная летальность наблюдалась у 4 больных. Причиной летального исхода было послеоперационный перитонит (1), эндотоксемии (1) и сердечно-сосудистой недостаточности (2).

Таким образом, проведение адекватного хирургического вмешательства в короткие сроки с максимальным устранением причины ОКН и тщательной санацией очага инфекции уменьшает риск спаечных процессов, а также гнойно-воспалительных осложнений в брюшной полости.

ОҒИР ХОЛАТИДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ

Махмудов Н.И., Юсупов Р.Т., Шерматов Р.М.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Регионал лимфатик терапия (РЛТ) – патологик жараён зонасининг лимфа томирлари ва тугунларига бой бўлган тўқималарга бевосита нишонли таъсир этиш демакдир. Даволашнинг ушбу тури хасталикка чалинган анатомик сохада лимфа хосил бўлиши ва оқишани меъёрлаштиришга ва антибактериал терапия кўллашга асослангандир.

2017-2018 йиллар давомида реанимация бўлимида даволанган 66 нафар критик холатдаги оғир беморлар, жумладан 21 нафар кала мия жарохати, 18 нафар бош мияда кон айланишининг ўтқир бузилиши, 3 нафар эпилепсия касаллиги, 4- мия ўсмаси, 5- мия абсцесси, 9-менингит, менингоэнцефалит, 6 нафар беморлар оғир захарланишлар билан даволанган беморларда нафас системаси аъзоларида асоратлар кузатилди ва асосий касалликнинг оғирлик даражасини кучайтирди. Бу беморларнинг барчасида иккиламчи зотилжам ривожланиб, тана хароратини кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши, хансираш, нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлган. (хансираш, тахипноэ -нафас олиш сони 1

дакикада 30-32 та, тахикардия - ЮКС 1 дакикада 120-140та), АКБни меъеридан 10-30мм сим. уст. гача кўтарилиши кузатилган. Ўпкаларнинг рентген текширувларида яллиғланиш ўчоқлари топилган. Қоннинг умумий текширувида лейкоцитоз - 8,5-12,5- 10/л, ЭЧТ ни (РОЭ) 28 - 32 мм/с. гача ошиши кузатилган. Бу беморлардан 16 тасида (24,2 %) анъанавий антибиотикотерапия (томир ичига, мускул орасига - суткасига 3-4 махал дори юбориш) услубида даволанди. Колган 40 та (60,8 %) текширув гуруҳидаги беморлар регионал лимфатик антибиотикотерапия (суткасига 1 махал бир марталик дозани претрахеал тўқимага юбориш) услубида даволанди.

РЛАТ ни пункцион метод, яъни кекирдак олди бўшлиғига игна билан тушиб, аввал лимфостимулятор (гепарин 2500-5000 ЕД, фуросемид 0,5 - 1,0 мл, новокаин 0,25% - 30-50 мл, лидаза 8-16 НБ (бу ўз навбатида микроциркуляцияни ва дори моддасини лимфага сўрилишини яхшилади) юборилиб, ундан сўнг 3-5 дақиқа ўтгач танланган антибиотик юборилади ва муолажа инъекция ўрнига ярим спиртли асептик боғлам 6-12 соатга қўйиш билан яқунланади. Антибиотикларни танлашда индивидуал ва микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги ва касалликнинг кечиши ҳисобга олинди. Кўпрок оксампицин, цефтриаксон, зинацеф, цефотаксимлардан фойдаланилди. Патология оғир кечганда антибиотиклар комбинация қилинди.

РЛАТ ўтказила бошлагандан сўнг беморларнинг умумий ҳолатида ижобий ўзгаришлар пайдо бўлди, нафас етишмовчилиги белгилари 3- чи кунга келиб меъёрлашди. Шу билан бир қаторда яллиғланишнинг бошқа белгилари ҳам йўқола бошлади: тана харорати 16 та беморда 2 - суткасида, 5 тада 3-суткасида ва 3 тада 4 – суткасида нормаллашди. Клиник меъёрлашувлар билан бирга лаборатор тахлилларда ҳам ижобий натижалар лейкоцитоз ва ЭЧТ (СОЭ) эритроцитлар чўқиши тезлиги кўрсаткичлари меъёрлаша бошлади,

Анъанавий антибактериал терапия олган беморлар гуруҳида нафас етишмовчилиги белгилари, тана хароратининг пасайиши ва лаборатор кўрсаткичлар касалликнинг 5-6 суткасидадан бошлаб пасая бошлади. Ташки нафас функциясининг яхшиланиши, ўпка рентген суратида ижобий ўзгаришлар 8-10 суткага келиб кўрина бошлади.

Шундай қилиб олинган натижаларга асосланган ҳолда критик ҳолатдаги оғир беморларда нафас системаси томонидан асоратланиши мумкин бўлган зотилжамни профилактика қилиш ва даволашда анъанавий антибактериал терапияга қараганда, РЛАТнинг бир мунча афзаллик томонларини кўрсатиш мумкин. Бу усул дори дармон сарфини камайтиради, беморнинг даволаниш муддатини қисқартиради.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Махмудов Н.И., Юсупова Р.Т., Мемджанова А.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Оценке роли микробного фактора в развитии инфекционного процесса в брюшной полости всегда уделялось большое внимание. От вида микроба, вызвавшего инфекционный процесс, зависит специфика течения перитонита и особенности морфологических изменений в органах и тканях организма. Это важно учитывать так как в этиологической структуре возбудителей гнойных хирургических инфекций произошли значительные изменения, на первое место выдвинулась проблема условно- патогенных возбудителей.

Цель работы: изучение видового состава микрофлоры перитонеального экссудата, чувствительности микрофлоры к различным по механизму и спектру действия к антибактериальным препаратам, определение количества микробных тел в 1 мл экссудата у больных перитонитом в динамике при программированных лапаросанациях.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 40 больных с запущенными формами распространённого гнойного перитонита, которым проводились

программированные лапаросанации (этапные ревизии и санации брюшной полости). При каждой манипуляции осуществлялся забор материала из брюшной полости (перитонеальный экссудат, гной) для микробиологического анализа с определением видового состава микрофлоры, чувствительности к антибактериальным препаратам дисковым методом, определение количества микробных тел в 1 мл перитонеального экссудата (всего 86 проб, 200 исследований). Взятие и транспортировку материала осуществляли по общепринятой схеме. Идентификацию выделенных чистых культур проводили по общепринятой схеме.

Результаты: При всех острых гнойно - деструктивных заболеваниях и травматических повреждениях органов брюшной полости отмечалось явное преобладание кишечной флоры и повышение числа её ассоциаций: Enterobacter – 32 %, St. Aureus 10 %, St. Epidermidis 12 %, Pseudomonas aeruginosa 10 %, E/coli 8 %.

Эффективность очередных санаций контролировалось также количественным определением выделенной микрофлоры и оценкой ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Рост бактерий прекращался после 3-5 санаций. Исходя из экспериментально доказанного положения, что один микроб в благоприятных условиях размножается через каждые 20 минут, а через 1 час их насчитывается 8, то становится понятной целесообразность программированных лапаросанаций у больных с запущенными формами распространенного гнойного перитонита, тем более, что резорбтивная способность брюшины при перитоните сохраняется.

С увеличением числа этапных ревизий и санаций брюшной полости изменялся и микробиологический пейзаж перитонеального экссудата в сторону увеличения числа антибиотико – резистентных штаммов, что требовало замены антибактериальных препаратов.

Микробная обсеменённость перитонеального экссудата при программированной лапаросанации выявило выраженное снижение концентрации микробов. Концентрация микробных тел в 1 мл до санации $4,6 \times 10$ КОЕ/мл, а после 3-й или 4-й санации – $4,5 \times 10$ КОЕ/мл.

Вывод: Программированная лапаросанация у больных распространенным гнойным перитонитом обеспечивало очищение брюшной полости от бактерий в среднем на 90 % и снизило летальность до 20 % по сравнению в контрольной группой 43 %.

ТКАНИ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ УЗЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махмудов С.Б, Бабажанов А.С, Ахмедов А.И.

Самаркандский государственный медицинский институт

Вопросы диагностики, тактики лечения и показаний к операции при различных нозологических формах поражения щитовидной железы далеки от окончательного решения и постоянно обсуждаются.

Цель исследования: Изучение динамики тиреоидного остатка в послеоперационный период у больных, оперированных по поводу многоузлового нетоксического зоба.

Материал и методы: Было обследовано 82 пациента в возрасте от 29-64 лет с многоузловым нетоксическим зобом, находившихся на лечении в Самаркандском городском медицинском объединении в период с 2014 по 2018гг. После операции с подробным анализом информации об особенностях перенесенной операции, результатах инструментального и морфологического исследований, 1 группу составили 47 пациентов, оперированных по поводу многоузлового нетоксического зоба. Оперативные вмешательства в этой группе больных выполнялись в объеме гемитиреоидэктомии. 2 группу составили 35 пациентов, оперированных по поводу многоузлового нетоксического зоба и у которых была выполнена субтотальная субфасциальная струмэктомия.

Проводили общеклинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование щитовидной железы и гистологическое исследование.

Результаты исследования. Одним из главных показателей эффективности оперативного лечения является частота рецидивов заболеваний и послеоперационного гипотиреоза. В нашем исследовании рецидив узлового зоба после операции выявлен в 2 случаях (2,4%) на 3 годах наблюдения, и развивался после гемитиреоидэктомия при первичном вмешательстве. Во всех случаях рецидив узлового зоба развился на фоне послеоперационного гипотиреоза, что подтверждает правильность выбора органосберегающих объемов первичных операций, сохраняющих организму необходимую в функциональном отношении тиреоидную ткань.

Основными проявлениями операционной травмы являются отек всех структур в зоне оперативного вмешательства, наличие гематомы, затрудняющие визуализацию тиреоидного остатка. Уменьшение отека начинается через 3 месяца, причем более активно, с улучшением дифференцировки анатомических образований в зоне оперативного вмешательства, на фоне проводимых реабилитационных мероприятий, полная ликвидация его наступает через месяц.

Выводы. 1. У больных многоузловым нетоксическим зобом, в течение 6 месяцев после различного объема операций в тиреоидном остатке по данным УЗИ выявляются три вида объемно-структурных изменений: (стабильный -48,8%, гипертрофический – 28%, гипотрофический- 23,2%).

2. В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринолога хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ И ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТАНАТОГЕНЕЗ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Машарипов А.С.

Бюро судебно-медицинской экспертизы Хорезмской области

Актуальность темы. Имеющиеся в мировой литературе немногочисленные работы по изучению церебрального и экстрацеребрального танатогенеза у больных с черепно-мозговой травмой основаны на описании единичных случаев. Исследований, посвященных виду и характеру церебрального и экстрацеребрального танатогенеза у больных с черепно-мозговой травмой, в условиях проведения интенсивных методов терапии и реанимации крайне мало. Не выявлена динамика развития различных видов церебрального и экстрацеребрального танатогенеза у больных с черепно-мозговой травмой, их зависимость от локализации и характера патологического процесса в головном мозге, а также целый ряд других важных аспектов.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения головного мозга и внутренних органов имеющие значение для оценки церебрального и экстрацеребрального танатогенеза и установить церебровисцеральный механизм танатогенеза при соматическом кровоизлиянии в мозг и черепно-мозговой травме.

Задачи исследования. Изучить морфологические особенности соматических кровоизлияний в мозг и при черепно-мозговой травме в зависимости от локализации, тяжести, распространенности и местных осложнений. Так же оценить патоморфологические изменения во внутренних органах и установить механизм танатогенеза при различных вариантах соматического кровоизлияния в мозг и при черепно-мозговой травме.

Материалы и методы исследования. Был изучен аутопсийный материал умерших от соматического кровоизлияния в мозг и кровоизлияния при черепно-мозговой травме. Проведены секционные исследования трупов лиц умерших от тяжелой черепно-мозговой травмы (74 трупа) на базе Хорезмского филиала РНПЦСМЭ, а также секционные

исследования трупов с соматическими кровоизлияниями в мозг (40 трупах) на базе Республиканского Патологоанатомического центра. Применялись методы гистохимического исследования и общеморфологические методы с окраской гематоксилином и эозином.

Выводы. Соматическое кровоизлияние в мозг проявилось в виде гематомы, геморрагического пропитывания мозговой ткани, иногда с прорывом в желудочки, часто локализовались в подкорковых узлах, прежде всего в скорлупе, реже в области моста и мозжечка. Черепно-мозговая травма отличалась значительным полиморфизмом за счет варибельности механизмов травматического повреждения, структурным разнообразием повреждаемых тканей: мягких тканей головы, черепа, оболочек, сосудов и вещества головного мозга и проявилась закрытой травмой головы, открытой травмой головы и травма головы с проникновением в полость черепа. Черепно-мозговая травма при развитии на фоне атеросклероза и гипертонической болезнью со стороны головного мозга осложнялись геморрагическим пропитыванием очага некроза и прорывом крови в желудочки мозга, а со стороны органов сердечно-сосудистой системы развитием аритмии, острого инфаркта миокарда, острых очаговых метаболических некрозов миокарда и субэндокардиальных кровоизлияний. Острая патология органов дыхания отмечалась часто и были отмечены ателектазы и инфаркт легких, острый респираторный дистресс-синдром, отек легких, кровоизлияния в легочную ткань и острая эмфизема. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) явилась наиболее опасным осложнением у больных с тяжелым геморрагическим инсультом и тяжелой черепно-мозговой травмой, по нашим данным, встречалась в 36,5% случаев, являлась частым проявлением экстрацеребрального танатогенеза.

ОСОБЕННОСТИ И СЛОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Машарипов А.С., Джуманиязова И.Б.

Бюро судебно-медицинской экспертизы Хорезмской области

ВВЕДЕНИЕ

Непрерывный технический прогресс, увеличение количества транспорта, масштабы современного строительства высотных домов способствуют увеличению количества случаев черепно-мозговых травм (ЧМТ), среди которых значительна доля пострадавших детей. Статистические данные свидетельствуют о том, что повреждения черепа и головного мозга занимают 40-50 % среди всех травм детей раннего и младшего возраста. В этой связи вопрос судебно-медицинской дифференциальной диагностики ЧМТ у детей становится весьма актуальным.

В то же время в доступной литературе данной проблеме посвящены немногочисленные, нередко противоречивые исследования. В связи с вышеизложенным разработка четких диагностических критериев, значимых для судебных медиков и врачей-неврологов, осуществляющих осмотр ребенка в промежуточном периоде ЧМТ, представляется весьма важной задачей, решение которой способствует обоснованности аргументации экспертных выводов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ детского травматизма показывает, что наиболее часто повреждения им причиняются при транспортных происшествиях (37,1 %) и бытовых конфликтах (62,9 %). Случаи, связанные с транспортом, в подавляющем большинстве представлены автомобильной травмой (97,2 %), среди которой преобладает наезд автомобиля на пешехода (приблизительно 70 %), примерно 30 % составляет травма, полученная в салоне автомобиля. Среди пострадавших чаще встречаются мальчики дошкольного и младшего школьного возраста, для которых характерна повышенная двигательная активность при отсутствии точной координации и ощущения опасности, в частности, высоты, а также при

ситуациях на транспортных магистралях. Известно, что на сегодняшний день во всех разделах практической медицины дети и подростки выделены в отдельную группу, к которой лишь условно применимы методы диагностики и лечения, используемые в других возрастных категориях. Это в полной мере относится к детскому травматизму, в том числе к ЧМТ. Согласно современной классификации ЧМТ у детей [1], которая существенно отличается от таковой у взрослых, к легкой ЧМТ относят только сотрясение головного мозга (СГМ), к ЧМТ средней тяжести - ушиб головного мозга (УГМ) легкой и средней степени тяжести, эпидурально-поднадкостничную гематому без сдавления мозга и поднадкостничную гигрому. Таким образом, СГМ и УГМ легкой степени, которые у взрослых объединяются термином «легкая ЧМТ», в детском возрасте относятся к повреждениям различной степени тяжести. Тяжелая ЧМТ у детей включает УГМ тяжелой степени (очаговые разможжения), внутричерепные гематомы и гигромы со сдавлением мозга, диффузное аксональное повреждение головного мозга [2]. При этом линейные переломы свода черепа, даже без неврологических симптомов, относят к признакам УГМ, наиболее часто локализуя его соответственно месту перелома. В этой связи очень важной является правильная диагностика переломов свода черепа у детей [3].

В настоящее время мнение всех ведущих специалистов в области нейротравмы сводится к следующей основной концепции: повреждение мозга при ЧМТ определяется не только первичным воздействием в момент травмы, но и действием различных повреждающих факторов в течение последующих часов и дней, так называемых факторов вторичного повреждения мозга [1]. И если тяжесть первичного повреждения мозга определяет исход на догоспитальном этапе ЧМТ, то от развития и действия вторичных повреждающих факторов зависят клинический прогноз и исход острого и отдаленного периодов после травмы [4].

Первичное повреждение, которое связано с действием повреждающих сил в момент травмы, включает повреждение нейронов и глиальных клеток, синаптические разрывы, нарушение целостности или тромбоз церебральных сосудов. Первичное травматическое повреждение мозга может быть диффузным (диффузное аксональное повреждение, диффузное сосудистое повреждение) или локальным (контузия, разможжение, локальное повреждение аксонов, повреждение сосуда с развитием внутричерепного кровоизлияния). Диффузное повреждение вызывается чаще травмой в результате ускорения-замедления, особенно с ротационным компонентом, очаговое повреждение - контактной травмой по механизму удара или противоудара [5].

По современным представлениям, даже легкая ЧМТ у детей - сотрясение головного мозга - не является чисто функциональным и обратимым явлением [6]. Легкую ЧМТ у детей в ряде случаев рассматривают как причину или фактор риска острого нарушения мозгового кровообращения [7]. Многочисленные исследования показали, что при СГМ возникают обратимые и необратимые морфофункциональные изменения. К первым относят внутри- и внеклеточное накопление жидкости, набухание митохондрий, гранулярного эндоплазматического ретикулума, развитие очагов хроматолиза нейронов, изменения в синапсах. Вторые включают деструкцию митохондрий и других клеточных органелл, грубоволокнистое перерождение осевых цилиндров [8]. М. М. Герасимова и Г. Т. Ягудин (2000) при обследовании 106 детей с СГМ в возрасте от 2 месяцев до 14 лет выявляли классическую триаду (потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия) менее чем в 8 % случаев, в основном после травмы отмечались плаксивость, раздражительность, сонливость. Спустя 10 дней после такой ЧМТ наблюдались выраженные биохимические и иммунологические нарушения: сохранялась активация перекисного окисления липидов, повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов [9]. Содержание последних не имело тенденции к снижению и на 21-й день после СГМ у детей [10]. Многие исследователи сообщают о диссоциации между клиническим исходом острой ЧМТ и функциональным состоянием мозга в отдаленном периоде, указывая на необходимость учета того факта, что ЧМТ в детском возрасте, нарушая нормальное развитие мозга,

вызывает задержку роста и специализации корковых структур и, в конечном счете, формирование интегративных функций головного мозга [11].

Ввиду того, что судебно-медицинская оценка ЧМТ у детей, особенно при легкой и средней степени тяжести повреждения, может быть затруднена из-за отсутствия неврологической симптоматики, особое внимание следует уделять биомеханическим условиям формирования повреждения головы [14].

Как известно, в основе травматического поражения мозга лежит единый пусковой механизм - воздействие механической энергии. Однако независимо от механизма травмы, в первую очередь, повреждается система оболочек головного мозга и межоболочечных пространств, что морфологически проявляется эпи- и субарахноидальными кровоизлияниями [15]. Практически во всех случаях ЧМТ происходит смещение и деформация головного мозга и последующее возвращение его в исходное положение [16, 17]. Это неизбежно сопровождается динамическим перераспределением ликвора в субарахноидальном пространстве и системе желудочков мозга (боковых, III и IV). Поражения сосудистых сплетений, эпендимы желудочков и оболочечных структур головного мозга существенно влияют на клиническое течение и исход травмы [18], будучи патогенетически взаимосвязанными с отеком и гидроцефалией мозга [19, 20].

ВЫВОДЫ

Очевидно, что при судебно-медицинской оценке детской ЧМТ необходимо принимать во внимание особенности патогенеза данного вида травмы у детей, учитывать особенности детского организма, оценивать зависимость формирования повреждений тканей головы от ряда биомеханических условий.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Машарипов А.С., Джуманиязова И.Б.

Бюро судебно-медицинской экспертизы Хорезмской области

В современных условиях отмечается значительный рост травматизма, среди которого черепно-мозговая травма составляет до 30% всех повреждений и является одной из основных причин смерти и инвалидизации лиц наиболее трудоспособного возраста (в 19% случаев). В возрасте до 45 лет черепно-мозговая травма занимает первое место по летальности, существенно превышая сосудистые и онкологические заболевания [17, 21].

Одной из основных причин черепно-мозговой травмы у лиц в возрасте 20-35 лет являются дорожно-транспортные происшествия, при которых летальность от острой черепно-мозговой травмы занимает ведущее место. У мужчин значительно преобладает транспортная травма - 22,2 %, у женщин - 24 % - тупая травма головы [8, 18].

Несмотря на неослабевающее внимание клиницистов и судебных медиков к вопросам клинической, морфологической и лабораторной диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ), до конца решенной эту проблему назвать нельзя [6, 20].

Определение степени тяжести закрытой ЧМТ остается одной из наиболее трудных задач судебной медицины [2]. Это обусловлено сложностью диагностики тех повреждений, которые в остром периоде нередко характеризуются стертой или разнообразием клинической картины [9, 17].

Нередко эта травма сопровождается переломами костей свода и основания черепа. Анализ общего травматизма, показал, что смертельная черепно-мозговая травма, по частоте встречаемости, стоит на втором месте, а переломы костей черепа, при этом, формируются в 20,4% случаев [22]. Такая частота встречаемости имеет не только социальную, медицинскую и экономическую значимость, но и свидетельствует об актуальности этих повреждений в экспертной практике.

Имеется достаточно большое количество научных исследований, посвященных переломам костей черепа от однократных ударов твердыми тупыми предметами, имеющих как ограниченную [1, 3, 11], так и широкую травмирующую поверхность [5, 14].

Не остались без внимания и особенности разрушения мозгового черепа при неоднократных ударных воздействиях [10]. Проведенные этими авторами исследования позволили выявить определенное влияние внешних условий травмирования (параметры травмирующего предмета - форма, размеры, площадь травмирующей поверхности; твердость предмета — металл, дерево, резина; направление удара; кратность и последовательность воздействий) и анатомических особенностей строения повреждаемого объекта (форма черепа; кривизна, толщина, степень диплоэтизации травмируемых участков) на морфологические свойства переломов.

Немало научных работ касаются и статического сдавливания между твердыми тупыми предметами [4, 13]. Они позволяют определять не только вид воздействия, но и направление сдавливания по характеру, локализации и морфологическим особенностям переломов. При этом, авторы указывают на большое влияние общей формы черепа на особенности его разрушения.

Судебно-медицинская практика показывает, что дифференциальная диагностика сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени является наиболее частой причиной для назначения повторных СМЭ [15]; она представляет наибольшую сложность, однако имеет высокую значимость, поскольку существенно влияет на квалификацию вреда здоровью и, соответственно, на определение меры юридической ответственности за нанесенную ЧМТ [17].

До настоящего времени не предложено объективных критериев, позволяющих с достоверностью дифференцировать эти пограничные состояния. Установление диагноза сотрясения головного мозга основывается преимущественно на субъективных ощущениях пострадавшего - нарушении сознания, головной боли, тошноте, рвоте, шуме в ушах, затуманивании перед глазами и др. Реже выявляются непостоянно встречающиеся объективные симптомы - вегетативные реакции, лабильность пульса и артериального давления, расстройства ликвородинамики и так называемые микроорганические изменения со стороны центральной нервной системы. Однако степень выраженности субъективных признаков весьма индивидуальна, а методы их объективного подтверждения на современном этапе развития медицины не разработаны. Объективные же симптомы не следует считать патогномичными для сотрясения головного мозга, так как они наблюдаются и при других заболеваниях [19, 21]. Длительность срока реабилитации также не может быть признана достоверным критерием, поскольку обуславливает многочисленные экспертные и правовые ошибки при судебно-медицинском определении степени причиненного вреда здоровью [11, 14].

Для повышения достоверности установления диагноза ЧМТ предлагаются многочисленные параклинические исследования: определение концентрации молочной кислоты и свертываемости крови [16], ксантинокси-дазной активности [15], креатинкиназы и лактатдегидро-геназы [3], соотношения 5-гидрооксиндолуксусной и гомованилиновой кислот в спинно-мозговой жидкости [16], изменение уровня антител к нейроспецифической енолазе и к основному белку миелина [12], электроэнцефалография [23], компьютерная томография [7], методы изучения мозгового кровотока [16] и магнитно-резонансного изображения [6,15] и др. Однако, ни одно из них не гарантирует надежной диагностики легкой ЧМТ. Кроме того, их проведение требует специально подготовленного персонала, наличия сложной аппаратуры и оборудования, что затрудняет широкое применение в учреждениях практического здравоохранения. Объективное определение давности черепно-мозговой травмы нередко имеет важное значение для расследования преступлений против здоровья и жизни человека, что и определяет важность дальнейшего детального изучения данной проблемы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ВЫЯВЛЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Машарипова Р.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Внутриутробное инфицирование является одной из равных проблем современной перинатологии. Так по данным ВОЗ за 2008 год смертность от перинатальных инфекций находится на 3 месте. Большинство авторов признается ведущая роль хронических очагов инфекции в реализации инфекционного процесса. Наиболее пристального внимания заслуживает мочеполовая система частота инфекций которой, составляет в среднем 50-60 %.

Цель исследования. Изучение особенностей течения неонатального периода у новорожденных детей, родившихся от матерей с урогенитальной инфекцией, при различных сроках гестации.

Материалы и методы. В родильных домах г.Ургенча проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни новорожденных, родившихся от матерей с урогенитальной инфекцией. Изучались на основе клинико-лабораторных и инструментальных данных, особенности течения периода новорожденности у данного контингента детей.

Результаты исследований. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) выявлена у 40,4% детей. Более высокая частота ЗВУР сочеталась с большой частотой рождения недоношенных детей. Внутриутробное инфицирование плода чаще проявлялась пневмонией (86,9%), омфалитом (7,6%), конъюнктивитом (7,8%), со стороны ЦНС на НСГ у 77% новорожденных выявлена ГИЭ, ВЖКу 33%, кисты головного мозга (12,8%). Конъюгационная желтуха диагностирована у 15,4% детей. У наблюдаемых новорожденных были произведены бактериологические и вирусологические исследования отделяемого из зева. Врожденные пневмонии были обусловлены сочетанием микроорганизмов и вирусов, среди которых обнаружены хламидии, микоплазмы, грибы рода кандиды, цитомегаловируса и вирусы простого герпеса. Все наблюдаемые новорожденные были рождены в асфиксии средне-тяжелой (66,6%) и тяжелой (33,3%) степени. Средняя масса детей при рождении составила у доношенных новорожденных 3445±121 г, у недоношенных 1844±77 г.

Выводы. Таким образом, у новорожденных детей родившихся от матерей с урогенитальной инфекцией в периоде новорожденности отмечаются различные патологические состояния инфекционного генеза, а также порождения со стороны ЦНС и высокий процент рождения детей с ЗВУР.

ИЗУЧЕНИЕ ВИТАМИННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Машарипова Р.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Дефицит витаминов является одной из важных причин ухудшения состояния здоровья детей. Недостаток или отсутствие витаминов ведет к нарушению обмена веществ, снижению физической и умственной работоспособности, быстрой утомляемости организма, отрицательно сказывается на росте и развитии детей. Потребность детей в витаминах, по сравнению с суточной потребностью для взрослых значительно выше и увеличивается с возрастом.

Актуальным представляется ранняя диагностика дефицита витаминов и своевременное применение корректирующих мероприятий, поэтому целью нашего исследования является мониторинг недостаточности витаминов у школьников с

последующим проведением витаминизации. У всех школьников оценивали недостаточность витаминов путем анкетирования (на выявление особенностей питания и образа жизни) и визуального обследования; «уровень здоровья» по антропометрическим и вегетативным показателям.

Исследование проведено на базе кафедры Госпитальная и поликлиническая педиатрия Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. В исследовании приняли участие: школьники 7-9 лет: первый и второй классы (n=42) и подростки 16-18 лет (n=49).

На основе результатов анкетирования выявлено, что все школьники регулярно и полноценно питаются, достаточно часто бывают на свежем воздухе. У 20% выявлены на момент исследования инфекционные заболевания. 25% старшеклассников имеют заболевания желудочно – кишечного тракта и в 10% случаев - курят. «Уровень здоровья» испытуемых групп, оцениваемый нами по антропометрическим и вегетативным показателям, находится в пределах нормативных значений. Ежедневно учащиеся, не имеющие противопоказаний к приему препарата, принимали по 1 драже (30мг) аскорбиновой кислоты и 1 драже «Ревит» (35 мг).

Таким образом, у детей и подростков выявлен дефицит витаминов А, С и группы В. Показателем недостаточности витамина С в организме у школьников является низкий уровень в моче. При приеме аскорбиновой кислоты ее концентрация в моче возрастает, но, по-прежнему, не достигает нормативных значений. В связи с этим, целесообразным представляется постоянный прием витамина С, так как только в этом случае его уровень соответствует потребностям растущего организма

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Машарипова Р.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. По данным литературы среди всех анемий до 6-8% приходится на долю, так называемых полидефицитных анемий. При этом группой высокого риска по развитию полидефицитной анемии наряду с лицами, имеющими заболевания желудочно-кишечного тракта (атрофический гастрит, энтериты, циррозы печени), являются беременные женщины. В то же время анализ отечественной научной литературы показывает, что нет никаких данных по частоте встречаемости полидефицитных состояний, включая и полидефицитную анемию, т.е. состояний и анемии, обусловленных комплексным сочетанным дефицитом различных гемопоэтических нутриентов- микроэлементов и витаминов, у беременных, в динамике беременности. В то же время совершенно очевидно, что выявление полидефицитных состояний в период беременности диктует настоятельную необходимость в разработке своих адекватных подходов к диагностике и коррекции таких состояний, в интересах обеспечения безопасного материнства.

Цель исследования- Определить частоту встречаемости полидефицитной анемии у беременных.

Материалы и методы исследований. Частоту полидефицитной анемии изучали у 195 первобеременных женщин в возрасте 18-34 лет, при этом в первом триместре обследовали 65 беременных в возрасте 18-34 лет, во втором триместре и третьем триместре также обследовали по 65 беременных женщин аналогичного возраста. Все обследованные на предмет выявления полидефицитной анемии имели уровень гемоглобина крови <110.0 г/л, уровень гематокрита <35.0%, уровень ОЖСС > 78.3 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ) < 16.0%, у всех обследованных были морфологические признаки мегалобластного типа кроветворения,

такие как макроцитоз. В исследование не включались беременные с явной сопутствующей соматической и акушерско-гинекологической патологией, которая могла бы явиться причиной развития анемии.

Результаты и обсуждение. Диагноз полидефицитной анемии у обследованных верифици-

ровался на основании характерных изменений лабораторных показателей, характеризующих

состояние витаминно-минерального обмена, т.е. снижения показателей гемопозитических микроэлементов-железа, цинка, меди, кобальта в сравнении с этими показателями, характерными для физиологически протекающей беременности в ее динамике, а также проявлений, характерных для дефицита фолата. В первом триместре беременности частота полидефицитной анемии, обусловленной сочетанным дефицитом гемопозитических факторов-микроэлементов и витаминов составляет 16.9% среди всего контингента обследованных, во втором триместре беременности частота полидефицитной анемии составляет 32.3% от всего контингента обследованных и в третьем триместре беременности частота такой формы анемии составляет 56.9% от всего контингента обследованных. Таким образом, в динамике беременности частота полидефицитной анемии у беременных в третьем триместре беременности возрастает в 3.4 раза по сравнению с беременными в первом триместре и в 1.8 раза по сравнению с беременными во втором триместре. Проведенное исследование встреча-

емости полидефицитной анемии у обследованных беременных женщин в зависимости от возраста женщин показало, что частота встречаемости превалирует среди беременных старших возрастов в каждом триместре беременности, т.е. возраст беременных является фактором риска развития полидефицитной анемии, обусловленной сочетанным дефицитом гемопозитических факторов-микроэлементов и витаминов.

Выводы. При беременности имеет место феномен развития полидефицитной анемии, характеризующейся развитием сочетанного дефицита гемопозитических нутриентов-микроэлементов и витаминов, при этом такая форма анемии составляет достаточно высокий процент. На частоту развития полидефицитной анемии прямое влияние оказывают длительность беременности, возраст беременных, а также паритет.

ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ТАЪСИРИ

Машарипова Р.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Биз ўз илмий ишимиз давомида 115 та 3 ёшгача бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатларини ўргандик. Тадқиқот объекти – Урганч туман маркази 1- поликлиника, 3 – болалар поликлиникаси ва Темир йўл тармоқлари шифохонаси. 112/ у карта ва тиббий мурожаат маълумотлари асосида ўрганилди, ҳар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди. Анамнестик маълумотларни таҳлил қилиш учун оила анамнезини, боланинг ўсиб ривожланиб боришидаги хусусиятлар, бошидан кечирган касалликлар турмуш шароитлари тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига оладиган махсус қайтнома ишлаб чиқилди. Илмий тадқиқотимиздаги болаларни ёшига қараб қуйидагича тақсимладик. А) 1-ёшгача -48 (43%), Б) 1-2 ёш -40 (37%), В) 2-3 ёш -17 (20%). Ҳомиладор аёл ва ҳомила доимо бир-бири билан боғлиқ эканлигини ҳисобга олиб, биз ўз илмий текширишимизда биринчи навбатда ҳомиладор аёл саломатлигини ўргандик. Ўрганиш жараёнида шу нарса аниқландики, уларнинг 87% ида ҳомиладорлик ёмон кечган, 56%ида кучли гестоз, 35%ида буйрак касалликлари, 13%ида кольпит, 12%ида олдиндан сув кетиш, 12%ида эса ўткир респиратор касалликлар кузатилган. Бу патологиялар алоҳида ва уйғунлашиб келган. Бу болаларнинг 66% и тез – тез касалланувчи болалар (йилига 3 марта ва ундан кўп) эканлиги аниқланди. Бунга сабаб касаллик олди фон ҳолатларининг юқори

даражаси (89%) ва уларнинг уйғунлашиб келишидир. Гўдакларни овқатлантиришда 69% бола табиий, 20% аралаш, 11% и сунъий, фақат кўкрак сути билан овқатлантирилган болалар эса 22% ни ташкил қилади. Бу боланинг 69% ида овқатланиш тўғри ва 31%ида нотўғри олиб берилган. Тадқиқотда шу нарса аниқландики, гўдакларда рационал овқатлантириш тўғри ташкил қилинмаган, қўшимча овқатлар нотўғри киритилган, болалар кўп ҳолларда бир томонлама овқатлантирилган, озуқалар барча ингредиентлар билан етарли бойитилмаган. Болаларнинг жисмоний ҳолатига, саламотлигига овқатланиш омиллари ўз таъсирини кўрсатмай қолмайди. Уларнинг иммун тизимининг ривожланиши овқатнинг нафақат миқдори, балки сифат кўрсаткичлари билан чамбарчас боғлиқ. Шу мақсадда текширилган болаларнинг таомномаси таҳлил этилди ва кундалик таомномаларда бир кунлик озиқ – овқат маҳсулотларининг деярли бир хилда эканлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, кўпроқ овқатланиш билан боғлиқ хасталикларнинг (фон, гиповитаминозлар ва бошқалар) келиб чиқишнинг олдини олишда тўғри овқатлантиришни ташкил қилиш, буни оналарга албатта ўргатиш ва тарғибот қилишда ҳали ҳам кенг қамровли ишлар олиб борилиши лозимдир.

ЭМИЗИКЛИ ОНАЛАРДА СУТ МИКРОЭЛЕМЕНТ СТАТУСИНИНГ НУТРИЦИОН АСПЕКТЛАРИ ВА УНИНГ КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШДАГИ АҲАМИЯТИ

Машарипова Р.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Организмдаги муҳим гемопозтик омил – темир гомеостази чақалоқлар ва илк гўдаклик давридаги болаларда сўрилувчи темир ҳисобидан тикланади. Агар катталарда эритроцитадаги гемоглобин синтези жараёнида эритроцитлар парчаланиши ҳисобига ретикулоэндотелиал системадаги темирнинг 95% и сарфланса, ошқозон ичак трактидан сўрилган темирнинг 5% и сафарбар қилинади. Болалар ҳаётининг биринчи йилида эритроцитлар учун керак бўладиган темирнинг 70% и ретикулоэндотелиал системадан олинса, 30% га яқини ошқозон ичак трактидан сўриладиган темир ҳисобига тўғри келади.

Текширув мақсади. Она сути таркибидаги гемопозтик микроэлементлар темир ва мис миқдорининг динамикасини ўрганиш.

Материаллар ва текширув усуллари. Иш давомида эмизувчи оналар оғиз сути, оралик ва етук сути синамаларидан фойдаланилди. Гемопозтик микроэлементларни таҳлил қилишда темир миқдорини аниқлаш учун батофенантролин усули ва мис миқдорини аниқлаш учун фенантролин усули қўлланилди.

Натижалар ва муҳокама. Етук кўкрак сути шаклланиш динамикасида унинг таркибидаги темир ва миснинг умумий камайиши кузатилади. Темирнинг умумий камайиш миқдори ўртача оғиз сутида $17,3 \pm 1,2$ мкмоль/л га, оралик сутда $11,1 \pm 1,03$ мкмоль/л га ва етук сутда $10,3 \pm 1,0$ мкмоль/л га тўғри келади. Шунингдек мис миқдори ҳам ўртача оғиз сутида $23,1 \pm 2,2$ мкмоль/л га, оралик сутда $13,4 \pm 1,45$ мкмоль/л га ва етук сутда $13,4 \pm 1,24$ мкмоль/л га камайдди. Шундай қилиб лактациянинг биринчи ойида сут шаклланиш жараёнида сутнинг озуқавий ҳолатида сезиларли ўзгаришлар бўлиб, асосан муҳим гемопозтик микроэлементлар миқдори камайдди. Аммо бу чақалоқ учун бу даврда ягона экзоген озуқавий темир ва мис манбаи бўлган она сути ўсиб бораётган организмнинг бу микроэлементларга бўлган эҳтиёжларини етарлича тўлиқ таъминлашга таъсир қиладими деган шубҳа туғилади. Сут ҳосил бўлиш жараёни динамикасини ўрганиш буни таъсир қилмаслигини кўрсатди. Сут шаклланиш жараёнида етук сут босқичида сутда темир ва миснинг максимал ишлаб чиқарилиши кузатилади. Бу эса ҳосил бўлаётган сут миқдорининг ошиши эвазига ундаги микроэлементлар миқдорининг кўпайишига сабаб бўлади. Агар темир ва миснинг умумий миқдори оғиз сутида 0,015 мг ва 0,023 мг бўлса,

оралиқ сутда умумий темир ва мис микдори 0,32 мг ва 0,47 мг га оша, бу микдор етук сутда 0,12 мг ва 0,60 мг га ошади.

Хулоса. Гажрибада сунъий озукавий қўшимчалардаги муҳим микроэлементлар микдорини она сутига яқин қилиб шакллантиришга рационал ёндашишга имкон берадиган она сути шаклланишидаги темир ва мис гемопозитик микроэлементлар динамикаси ўрганилди.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Машарипова Х.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы.

Острый бронхообструктивный синдром (БОС) вирусной или вирусно-бактериальной этиологии имеет наибольшую частоту в детском возрасте. (Зайцева О.В.2005, Таточенко В.К.2000, Rylander E., Ericson M. 2007). По данным Таточенко В.К. (2000) у каждого четвертого ребенка в процесс вовлекаются бронхи с продолжительным бронхообструктивным синдромом. Дыхательные расстройства при остром обструктивном бронхите могут быть разной степени тяжести и сопровождаться гипотонией и метаболическим ацидозом (Gassibba R.2004).

Было доказано, что гипоксическое поражение сердечно-сосудистой системы в перинатальном периоде у 40-70% детей сопровождается изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы с развитием синдрома дизадаптации (СД) сердечно-сосудистой системы (ССС) в период новорожденности (Таболин В.А., Котлукова Н.П.(2004)) и в дальнейшем может способствовать нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы при острых респираторных заболеваниях, утяжеляя их течение и ухудшая прогноз.

Цель исследования.

Установить факторы риска и основные патогенетические механизмы поражения сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции у детей раннего возраста для оптимизации дифференцированной терапии и улучшения прогноза сердечно-сосудистых изменений.

Задачи исследования.

Определить критерии нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы при остром бронхообструктивном синдроме у детей раннего возраста.

Определить состояние кардиоспецифических и неспецифических биохимических показателей при нарушении адаптации сердечно-сосудистой системы у детей с бронхиальной обструкцией.

Определить факторы риска, частоту формирования и характер сердечно-сосудистой патологии у детей, перенесших на первом году жизни острый обструктивный синдром инфекционного генеза.

Материал исследования.

Исследование планируется провести на базе кафедры ГосПед №2 в кардиоревматологическом и отделении грудного возраста клиники ТашПМИ. В исследование будут включены 50 детей раннего возраста с острым обструктивным синдромом.

Методы исследования.

1. Диагностика указанных заболеваний на основании данных анамнеза, результатах клинического осмотра и данных общепринятых биохимических лабораторных методов исследования. Определение сатурации кислорода.

2. Электрокардиографическое обследование (ЭКГ) в 12 общепринятых стандартных отведениях.

3. Эхокардиографическое исследование с использованием ультразвуковых диагностических приборов «SSD-600 Aloka» (Япония) в М и В режимах.

Научно практическая значимость работы.

В остром периоде бронхиальной обструкции целесообразно проведение серологического и вирусологического обследования, что позволит на ранних этапах заболевания определить вероятность развития сердечно-сосудистых изменений.

Доказана необходимость оценки состояния сердечно-сосудистой системы при БОС инфекционного генеза у детей раннего возраста, которая предусматривает определение характера адаптации сердечно-сосудистой системы в зависимости от степени острой гипоксии.

Выявленные нарушения ритма и проводимости, процессов реполяризации в миокарде в острый период бронхиальной обструкции, диктуют необходимость проведения ЭКГ мониторинга в периоде реконвалесценции и в катамнезе, кратность которого определяется характером электрофизиологических нарушений в острый период заболевания.

Необходимо разработать методику прогнозирования характера развития нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста, основанная на особенностях перинатального анамнеза, анамнестических данных, этиологии, клинической картине, лабораторных и электрофизиологических показателях.

ТЕЧЕНИЕ КЛИНИКЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Машарипова Ш.С.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы: Ветряная оспа - высококонтагиозное заболевание вирусной природы из группы герпетических инфекций. Наиболее важными факторами риска, ассоциированными со степенью тяжести течения ветряной оспы, генерализацией процесса и смертельным исходом являются возраст и нарушение функции иммунной системы.

В Узбекистане вакцинопрофилактика ветряной оспы до сих пор не проводится, по этому регистрируются сотни тысяч заболевших. Из них 90% составляют дети до 15 лет.

Цель исследования: определить клинические проявления ветряной оспы у детей.

Материалы и методы исследования: В целях изучения симптомов клинического проявления ветряной оспы в современных условиях нами были проанализированы архивные истории болезни 52 больных ветряной оспой, госпитализированные в областную клиническую инфекционную больницу г.Ургенча в период с 2012 по 2016 годы.

Результаты исследования: Основную группу заболевших детей с ветряной оспой составили дети до 1 года – 12 (23%), дети от 1 до 3 лет составило 17 больных (33%), от 3 до 6 лет – 14 больных (27%), от 6 до 9 лет 9 больных (17%).

Частота ветряной оспы не зависела от пола заболевших детей: так девочек было 27 (52%), мальчиков – 25 (48%). При сборе эпидемиологического анамнеза особое внимание уделяли случаям заболевания ветряной оспой среди членов семьи в течение последних 2 недель. Из 52 детей, заболевших ветряной оспой, только 42 (81%) имели контакт с больными ветряной оспой.

У 32 (61,53%) больных температура тела повышалась до 38⁰С, у 15 (28,84%) – до 39⁰ С и у 5 (9,63%) температура тела была выше 39⁰ С. Легкая форма заболевания регистрировалась в 78% случаев, среднетяжелая в 18% и в 4% - тяжелая форма. У всех больных наблюдалась полиморфная везикулезная сыпь. Ложный полиморфизм сыпи наблюдался во всех случаях. Течение болезни носило волнообразный характер и именно по этой причине высыпания появлялись с периодичностью до нескольких раз.

Выводы: Таким образом, следует отметить, что в последние годы в практике наблюдалось повышение заболеваемости ветряной оспой у детей. Клиническая картина ветряной оспы сохраняет свои типичные черты.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В ГОРОДЕ УРГЕНЧ

Машарипова Ш.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Гименолепидоз относится к группе цестодозов, вызываемое карликовым цепнем, паразитирующим в тонкой кишке человека.

Цель работы: Изучить эпидемиологические показатели гименолепидоза в городе Ургенч за период с 2010 по 2016 гг.

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости гименолепидозом в г.Ургенч. По данным департамента Управления санэпиднадзора по г.Ургенч за период с 2010 по 2017 гг.

Материалы и методы исследования: За этот период по Хорезмском регионе было зарегистрировано 24 случая заболевания гименолепидозом с преимущественной локализацией патологического процесса в печени (83,3%). Показатель заболеваемости населения по годам составлял: в 2010 г. – 0,9; в 2011 – 0,6; в 2012 – 1,5; в 2013 - 0,9; в 2014 – 1,6; в 2015 – 0,5; в 2016 – 0,8 и в 2017 – 0,5. Эти данные свидетельствуют о том, что заболеваемость гименолепидозом в регионе на протяжении последних 8 лет сохраняется стабильно на низком уровне и даже с тенденцией к снижению. Гименолепидозом заболевали преимущественно женщины, доля которых составила 58,3%. Удельный вес детей до 16 лет среди заболевших гименолепидозом составил 29,2%, а среди взрослых гименолепидозом заболевали в основном лица в возрасте 25-39 лет (41,7%).

Среди заболевших гименолепидозом преобладали лица без работы (41,7%), школьники и рабочие составляли соответственно 16,7% и 12,5%.

Заключение: Таким образом, результатами проведенного исследования выявлены эпидемиологические составляющие, характерные для гименолепидоза городе Ургенч, которые могут служить основой при планировании и поведении профилактических мероприятий.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Машарипова Ш.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Орттирилган имунтанкислик синдромидан (ОИТС), 1981 йилда биринчи бор аниқлангандан буён, 32 миллиондан ортиқ одам ҳаётдан кўз юмди. Бу кўрсаткич касалликнинг инсоният тарихида энг қақшаткич фалокат эканлигини билдиради. Кейинги пайтда антиретровирус даво имкониятлари кенгайишига қарамай, 2012 йилда ОИТС эпидемияси ўртача 3,3 миллион (3,1 -3,7 млн) аҳолининг ўлимига сабаб бўлди. Буларнинг ярим миллиондан ортиғи (590000) болалар эди. 2017 йилга келиб, одам имунтанкислик вируси (ОИВ) билан яшаётганлар сони энг юқори даражага етди. Мутахассисларнинг баҳолашича, ҳозирги кунда 43,5 миллион (39,2-44,2 млн) одам ОИВ инфекциясини юқтириб олган. Ҳар йили 5,5 млн. дан ортиқ аҳоли ОИВ-инфекциясини юқтиради. ЖССТ нинг Европа регионал бюроси маълумотларига кўра, 2016 йилга келиб Марказий Осиёда ОИВни янги юқтириш ҳолатлари сонининг ўсиши куйидаги коэффицентларга етди: 1,3 млн. аҳолига нисбатан ОИВни янги юқтирганлар сони Қозоғистонда 50 та, Ўзбекистонда 47 та, Қирғизистонда 30 та, Тожикистонда 8 та, Урганч шаҳрида ҳам кейинги йилларда ОИВ инфекциясини юқтирган кишилар сони ортиб

бормоқда. Урганч шаҳрида ҳар 1-2 кунда битта одам ОИВ инфекциясини ўзига юқтирмоқда.

Тадқиқот мақсади: Урганч шаҳрида ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларда касалликнинг юқиш йўллари аниқлаш.

Материаллар ва услублар. Тадқиқот иши Урганч шаҳрида ОИТС га қарши кураш марказига 2015 йил ва 2016 йил якунига қадар мурожаат қилган ОИВ инфекциясини юқтирган кишилар сўровномаси асосида олиб борилди. 2015 йилда Вилоят ОИТС марказида 17 киши ОИВ инфекцияси билан зарарланганлиги аниқлан. Улардан 6 (35,3%) нафар аёл кишиларни, 11 (64,7%) эркак кишилардир. 2016 йилда эса Урганч шаҳри ОИТС марказида ОИВ инфекцияли 22 бемор аниқланган. Улардан 9 (41%) нафар аёл киши, 13 (59%) эркак кишиларни ташкил қилади. Тажрибада беморларни икки гуруҳга ажратдик. Биринчи гуруҳи 2015 йилда аниқланган беморларни ташкил этса, иккинчи гуруҳни 2016 йилда аниқланган беморлар ташкил этади.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Биринчи гуруҳдаги ОИВ инфекцияси билан оғриган беморлардан эпидемиологик анамнез йиғилганида 4 нафари (23,5%) жинсий йўл орқали юққанлигини, 6 нафар (35,3%) бемор парентерал йўл билан юққанлиги ва қолган 7 нафар (41,2%) киши ОИВ инфекциясини қаердан юққанлигини аниқ айта олмайди. Иккинчи гуруҳдаги ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларнинг 8 (36,4%) нафари жинсий алоқа билан боғлайди, 4 (18,2%) нафари парентерал йўл билан, 10 бемор (45,4%) ОИВ инфекциясини қайси йўл билан юққанлигини билмайди. Биринчи ва иккинчи гуруҳларда ОИВ инфекциясини вертикал йўл билан юққанлиги аниқланмади.

Кузатувдаги беморлардан йиғилган эпидемиологик маълумотлар ва статистик хисоблар шуни кўрсатадики, 2015 йилга қараганда ОИВ инфекцияси 2016 йилда жинсий йўл билан юқиш 2 баробарга ошганлигини кўриш мумкин. Бунинг сабаби 2 гуруҳдаги кўпчилик беморлар ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан юқиши тўғрисида тўлиқ маълумотга эга эмасликлари билан боғлаш мумкин.

Хулоса. Бизнинг фикримизга кўра ОИВ инфекциясининг Урганч шаҳрида йилдан йилга ошиб боришига сабаб аҳолимизнинг бу касаллик тўғрисида ҳозиргача тўлиқ маълумотга эга бўлишмаганидир. Бу касалликнинг тарқалишини камайтириш учун тиббиёт ходимлари ва оммавий ахборот воситалари билан биргаликда халқимизга ОИВ инфекциясининг тарқалиш йўллари, унинг оқибатлари тўғрисида тушинтириш ишларини олиб боришлари лозим.

ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Машарипова Ш.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. За последние десятилетия достигнуты большие успехи в диагностике и лечении пневмонии, благодаря чему удалось резко снизить летальность детей раннего возраста. Однако до настоящего времени пневмония по распространенности все еще занимает одно из первых мест в структуре легочных инфекций и темпы снижения заболеваемости детей явно недостаточны.

Цель исследования: изучение клинических и лабораторных особенностей течения пневмонии у детей по данным Хорезмской области.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены клиничко-лабораторные особенности течения 38 больных с пневмонией, находившихся на стационарном лечении в многопрофильном детском областной медицинском учреждении города Ургенча, в возрасте от 3 месяцев до 15 лет за 2015-2017 годы. Так, дети до 1 года составили 10,5 %, дети 1-4 лет 31,5 %, 5-8 лет 34, 2 %, 9-14 лет 23,7 %. Диагноз устанавливался на основании клиничко-эпидемиологических данных и результатов бактериологического исследования. Анализ результатов бактериологического исследования показал, что у 81,6 % больного высевалась пневмококк и у 17,4 % больных стрептококк.

Результаты и их обсуждения. По срокам госпитализации в случаях подтверждения пневмонии, дети с высевом пневмококка поступили в стационар впервые 2 дня болезни – в 67,7%, на 3-4 день в 30,3% случаях. Дети же с высевом стрептококка, госпитализировались в первые два дня болезни лишь в 42,9%, на 3-4-й день болезни в 57,1% случаях. Легкая форма пневмококка наблюдалась нами в 6,45% случаях, а среднетяжелая и тяжелая формы в 93,55% случаях. У детей же с стрептококка легкие формы регистрировались в 71,4% случаях, а среднетяжелые и тяжелые формы лишь в 28,6% случаях. Симптомы интоксикации проявлялись повышением температуры тела до 38,5-39 градусов у большинства (92%) детей, в остальных случаях оставалась субфебрильной, длительность лихорадочного периода составила в среднем $2\pm 0,58$ дней при легких формах болезни, $3,4\pm 0,3$ дня при среднетяжелом течении $4,8\pm 0,8$ при тяжелом течении болезни. Кашель наблюдалась впервые 3 дня болезни в (60,1%). Всем детям назначалась терапия, которая включала этиотропную терапию, с учетом антибиотикограммы (чувствительности). Большинство больных пневмонией (70,8%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 29,2% детей получили комбинированную антибактериальную терапию.

Выводы: Таким образом, в последние годы превалирует пневмококк и стрептококк, с преобладанием синдрома температура на фоне кашля, что существенно затрудняет диагностику с другими легочными инфекциями.

ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИК ЯРАТИШ ВА УНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Мехмонов М.С., Рахимов Б.С., Атаджанова З.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ҳозирги кунда бутун дунё бўйича турли ўқув комплекслари, кўлланмалари, ўқув курслари, электрон дарсликларининг катта ҳажмли базаси тўпланган. Ахборот ресурс маркази бу соҳада катта хизматлар кўрсатмоқда.

Электрон дарслик – ўқув дастурига мос келувчи, дарсликни тўлдирувчи ёки қисман (тўлиқ) ўрнини босувчи ўқув воситаси. У график, матн, нутқ (овоз), мусиқа, видео ва расм каби мультимедиа воситаларидан иборат ахборот мажмуасидир. Замонавий электрон дарсликлар эса компьютер технологиялари ва Интернет воситаларини ишлатишга асосланган бир бутун дидактик тизим бўлиб, унинг мақсади ўқувчиларни индивидуал ва оптимал ўқув дастури бўйича ўқитиш ва бу жараёни бошқаришни таъминлайди.

Электрон дарслик маълум ва исботланган ахборотни ақс эттириши, тушунарли ва ўзлаштиришга осон бўлиши керак. Унинг таркибида назарий қисм, назорат қилиш қисми, атамалар глоссарийи, асосий ва қўшимча адабиётлар рўйхати бўлиши мумкин.

Тиббий кимё фанини ўқитишда қуйидаги амалий ва дастурий воситалардан фойдаланиш яхши самара беради.

Crocodile Chemistry дастури. Crocodile Chemistry дастури орқали Менделеев жадвалида мавжуд барча элементларнинг кимёвий ва физикавий хусусиятларини ўрганиш мумкин. Одатда кимёвий реакциялар рўй бериш вақтида реакцияга қатнашаётган молекулаларнинг бошқа молекулага айланиш жараёни (молекуляр даражада) кузатиш иложи йўқ. Лекин, бу дастур орқали кимёвий моддани бошқа моддалар билан реакцияга киришиш жараёнида молекулаларнинг динамикасини кузатиш мумкин бўлади.

Бу дастур орқали кимёвий жараёнларни моделлаштириш, турли реакцияларни ўтказиш ва энг асосийси, буни хавфсиз амалга ошириш мумкин.

Бу дастурдан ўрта-махсус ва олий ўқув юртларида кимё фанини ўқитишда кенг фойдаланиш мумкин.

Дастур орқали ихтиёрий шаклдаги идишлардан фойдаланиб, турли реактивларни ўзаро аралаштириб кимёвий реакцияни кузатиш мумкин. Кимёвий реакция вақтида реактивларнинг ранги, моддалар улушини, кимёвий реакция формулаларни махсус ойнада

кўриш имконияти дастурнинг кучли педагогик курул сифатида фойдаланиш имкониятини беради.

Sunrav Book EDITOR дастури. Педагогик дастурий воситалар ичида юқори рейтингга эга бўлган Sunrav Book дастури .PPT, .PPTX, .PPS, .PPSX форматдаги файлларни Flash (.SWF) ва HTML5 форматига конвертациялаш имкониятини берадиган муаллифлик дастури ҳисобланади.

РЕФРАКЦИОН АМБЛИОПИЯНИ ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН ЭКСИМЕРЛАЗЕРЛИ КОРРЕКЦИЯ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

Мубаракова К.А., Муханов Ш.А.

Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази

Тадқиқотнинг мақсади. Ўспиринларда аралаш астигматизмдаги рефракцион амблиопияда лазерли коррекциянинг клиник-функционал самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Клиник тадқиқот аралаш астигматизм ташхисли 22 нафар беморда ўтказилди. Беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши қуйидагича: 9 та (40,9%) ўғил ва 13 та (59,1%) қиз болалар. Беморларнинг ёши 12 дан 17 гача. Текширилган беморларда рефракцион амблиопиянинг турли даражалари кузатилди. Текширув усулларидан визиометрия, авторефрактометрия, абберрометрия ва кератотопография ўтказилди. Беморлар жарроҳлик амалиётидан сўнг биринчи сутка, ўнинчи кун, шунингдек бир ва олти ойдан кейин кузатилди. Амблиопияни Э.С. Аветисов (1968) классификацияси бўйича тақсимлаганимизда касалликнинг энгил даражаси 6 та кўз (18,75%) да, ўрта даражаси 10 та кўз (31,25%) да, оғир даражаси 16 та кўз (50%) да кузатилди. 2,0 дптрдан юқори анизометропия ҳолати 72,7% беморларда учради.

Тадқиқот натижалари. Беморларнинг барчасида жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан сўнг жиддий асоратлар кузатилмади. Жарроҳлик амалиётидан сўнг 3-4 соат давомида оғриқсизлантириш талаб қилмайдиган энгил дискомфорт, ёруғликдан кўркиш, кўз ёшланиши ҳолатлари кузатилди. Жарроҳлик амалиётидан олдин кўриш ўткирлиги максимал коррекция билан $0,21 \pm 0,12$ (0,05 дан 0,5 гача) ни ташкил қилди. Авторефрактометрия кўрсаткичига кўра сферик компонент +1,5 дан +6,5 дптр гача (ўртача $+3,8 \pm 1,36$), цилиндрик компонент -0,75 дан -6,25 дптр гача (ўртача $-3,26 \pm 1,14$) ташкил этди. Ўртача кўриш ўткирлиги жарроҳлик амалиётидан сўнг эртанги куни, бошланғич кўрсаткичга нисбатан 0,1 га кўтарилиб 0,31 ни ($p > 0,05$) ташкил қилди, ўнинчи куни ушбу кўрсаткич $0,59 \pm 0,14$ га ($p < 0,01$) бир ойдан сўнг эса $0,65 \pm 0,12$ га кўтарилди. Кўриш ўткирлигининг максимал натижаси олтинчи ойда кузатилди ва $0,73 \pm 0,21$ ($p < 0,001$) ни ташкил қилди. Беморларда кўриш ўткирлигига боғлиқ ҳолда амблиопия даражаси ҳам камайди.

Хулоса. Индивидуаллаштирилган лазерли коррекция рефракцион амблиопияда кўриш ўткирлигини кўтарилишига олиб келадиган “кўзғатувчи” даво усули бўлиб, юқори даражали амблиопия ҳолатини 50% дан 31% гача, ўртача даражали амблиопияни 31,2% дан 6,2% гача камайишига ва энгил даражали амблиопиянинг бутунлай тузалишига олиб келди.

ТРАНСЭПИТЕЛИАЛ ФОТОРЕФРАКТИВ КЕРАТЭКТОМИЯДАН СЎНГ ШОХПАРДА ХЕЙЗИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ МАҚСАДИДА ҚУРУҚ КЎЗ СИНДРОМИНИ КОНСЕРВАНТСИЗ ДАВОСИ

Муханов Ш.А., Мубаракова К.А.

Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази

Тадқиқот мақсади. Миопия рефракцияли беморларда трансэпителиал фоторефрактив кератэктомиядан сўнг шохпарда хейзининг профилактикаси мақсадида куруқ кўз синдромини консервантсиз давосининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Клиник тадқиқотда миопия ташхисли 20 та бемор (35 та кўз) – 9 (45%) эркак ва 11 (55%) аёл қатнашди. Беморларнинг ёши 18 дан 40 гача. Текширув усулларидан визиометрия, биомикроскопия, авторефрактометрия, аберрометрия ва кератотопография ва куруқ кўз синдроми даражасини аниқлаш учун махсус диагностик тест синовлари ўтказилди. Трансэпителиал фоторефракцион кератэктомия жарроҳлик амалиёти VISX Star S4 IR (АҚШ) эксимерлазер қурилмасида амалга оширилди. Жарроҳлик амалиётидан сўнг кўз ёши ўрнини босувчи консервантсиз “Окутиарз” кўз томчилари дори воситаси 12 ой муддатга буюрилди. Шохпарда хейзи интенсивлиги Т. Seiler ва I. Pallikaris таклиф қилган таснифи орқали баҳоланди. Беморларнинг жарроҳлик амалиётидан сўнг динамик кузатуви ўнинчи кун, бир, уч ва олтинчи ойларида ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Хейзни баҳолаганда, эътибор, унинг интенсивлик ва частота кўрсаткичларига қаратилди. Жарроҳлик амалиётидан бир ойдан сўнг 19 та (54,3%) кўзда 1 балл интенсивликдаги хейз кузатилди, қолган 16 та (45,7%) кўзда хейз умуман кузатилмади. Хейз максимал интенсивлиги 3 ойдан сўнг 18 та кўзда $0,8 \pm 0,14$ баллни ташкил қилди. Олтинчи ва ўн иккинчи ойга келиб хейзнинг интенсивлиги камайиб, мос равишда $0,43 \pm 0,11$ ($p < 0,05$) ва $0,17 \pm 0,08$ ($p < 0,01$) баллга тенг бўлди. Жарроҳлик амалиётидан ўн икки ойдан сўнг бемор кўзлари текширилганда уларнинг 31 (88,6%) тасида ҳеч қандай хейз кузатилмагани маълум бўлди.

Хулоса. Трансэпителиал фоторефрактив кератэктомиядан сўнг консервантсиз “Окутиарз” кўз томчилари дори воситасини қўллаш қисқа муддатда куруқ кўз синдроми ҳолатини камайтириб, беморларда хейз ривожланишини 45,7% га, интенсивлигини эса 4,5 баробар пасайишига олиб келади.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ 16 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Наврузов Д.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Здоровье детского населения определяется рядом факторов, среди которых ведущими являются образ жизни и наследственность, течение беременности и родов, место проживания и состояние внешней среды, качество оказания медицинской помощи и другие факторы.

Изучения ростовых процессов у детей, проживающих в разных географических зонах, а также условиях города и села, имеют большое значение для решения экологии человека и медицинской географии.

Цель исследования: Изучить возрастные особенности антропометрических показателей различных отделов позвоночного столба у детей у детей 16 лет, проживающих в условиях Южного Приаралья.

Материал и методы исследования: Материалом для исследования служили практически здоровые дети от 16 лет, учащиеся школы № 21 Шаватского района. Всего обследовано 32 девочек и 31 мальчика в возрасте 16 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: Исследования показали, что общая длина позвоночного столба 16 летних детей мужского пола колеблется от 63,2 см до 74,0 см, в среднем $68,29 \pm 3.82$ см. Длина шейного отдела варьировала от 7,96 см до 9,32 см, в среднем $8,6 \pm 0.39$ см. Длина грудного отдела находилась в пределах от 32,23 см до 37,74 см, в среднем $34,8 \pm 0.32$ см. Длина поясничного отдела позвоночного столба колеблется от 11,75 см до 13,76 см, в среднем $12,07 \pm 0.56$ см. Длина крестцово-копчикового отдела варьировала от 11,31 см до 13,24 см, в среднем $12,22 \pm 0.65$ см.

Таким образом, увеличение длины позвоночного столба у детей женского пола в возрасте 16 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 16 лет в шейном и крестцово-копчиковом отделе происходит интенсивнее по сравнению с грудным и поясничным отделом.

Темп увеличения длины позвоночного столба у мальчиков в возрасте 16 лет происходит интенсивнее по сравнению с девочками того же возраста.

ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ИХ ОСОБЕННОСТИ

Наврұзов Д.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Особенностью открытых переломов костей стопы является их преимущественная локализация в переднем отделе. Возраст изучаемых больных от 28 и 36 лет. Они имеют ряд характерных особенностей, влияющих на течение раневого процесса и заживление переломов. В отделение травматологии и ортопедии Многопрофильной Хорезмской медицинском центре мы наблюдали период 2016 – 2018 годах 18 больного с повреждениями плюсневых костей. Из этого количества больных открытые переломы встретились у 16 пациентов. У 11 больных (68,75%) встретились первично открытые повреждения и у пять больных вторично открытые. Множественные повреждения встретились у 5 пациентов (31,25 %).

Основным методом лечения больных с открытыми переломами плюсневых костей являлась ранняя первичная хирургическая обработка (ПХО) раны с экономным иссечением нежизнеспособных тканей и использованием антисептиков. Проводилось ушивание раны редкими швами с оставлением резинового выпускника для оттока раневого отделяемого. Двух больного с открытым повреждением и множественными переломами была проведена ампутация переднего отдела стопы. У всех больных использовалась иммобилизация гипсовой повязкой до коленного сустава. У двух больных при переломах, сочетающихся с вывихом в суставе Лисфранка, осуществляли вправление вывиха с последующей фиксацией спицами. До и послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антибактериальная терапия. В четырех случаях с тяжелыми повреждениями мягких тканей применяли длительную внутривенную инфузию вместе с антибиотиками и комплексом лечебных препаратов. Больные находились в стационаре в течение 8 дней. Отдаленные результаты лечения переломов плюсневых костей изучены у 8 больных до 3 лет с оценкой функциональных результатов: хорошие результаты у 4 больных, удовлетворительные у 3, неудовлетворительные у одного больного.

Таким образом, открытые переломы плюсневых костей относятся к тяжелым повреждениям стопы, требующим ранней ПХО раны. При переломах плюсневых костей стопы без смещения фрагментов иммобилизация осуществляется гипсовой повязкой. При переломах со смещением осуществляется дополнительная фиксация спицами Илизарова.

СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Назаров К.Д.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель. Изучить особенности клинико-неврологических и нейропсихологических нарушений у подростков с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Исследованы 60 подростков в возрасте 15-18 лет, из них 30 с неврологической симптоматикой в сочетании с артериальной гипертензией (основная группа) и 30 с диагнозом артериальная гипертензия (АГ) без неврологических нарушений (контрольная для сравнения). Проводился общий клинический осмотр, исследование неврологического статуса, выполнялись общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, показатели липидного спектра: общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности). Инструментальные методы диагностики включали электрокардиограмму, ЭХО-кардиографию, ультразвуковое исследование почек и надпочечников. Результаты. При анализе результатов исследования выяснилось: вегетативная дисфункция выявлена у 88% лиц с АГ и неврологическими нарушениями, у больных АГ без неврологических нарушений в 35% и у практически здоровых пациентов (2,7%). Отмечалась достаточно тесная связь этих патологических состояний с неблагоприятным психоэмоциональным фоном. Наиболее распространенным симптомокомплексом жалоб у больных в обеих группах были головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, снижение памяти, раздражительность или вялость, шум в голове, которые ухудшали работоспособность и качество жизни. Цефалгии встречались в 89,3% случаев, что в 1,1 раза чаще, чем в группе сравнения (у 53,9% больных). Периодические приступы головокружения отмечались у 67,5% больных с основной группы, что 1,2 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения.

Выводы. Неврологические синдромы сочетанные с артериальной гипертензией проявляются в виде цефалгии давящего и распирающего характера, преимущественно в затылочной области, также вегетативными кризами, диссомнией. Цефалгии более трех раз в неделю, приступообразные, а также повышение диастолического артериального давления в дневные и ночные часы до 95 мм.рт.ст. и выше и скорости его утреннего подъема выше 6 мм рт.ст./час. Выраженную венозную недостаточность помогает диагностировать наличие астенического синдрома и цефалгий, спровоцированных подъемом артериального давления.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Батиров А.Р.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса у детей с вегето-сосудистой дистонией гипотензивного типа и разработать принципы дифференцированного подхода к профилактике и лечению.

В работе представлены результаты комплексного клинико-анамнестического и функционального обследования 80 детей в возрасте 7-14 лет с ВСД. Клиническое обследование больных включало в себя углубленное изучение анамнеза жизни заболевания, клинико-инструментальные и лабораторные исследования, рентгенографию органов грудной клетки и черепа, ЭКГ, а при необходимости - ЭЭГ, ЭХОКГ. Специальная программа обследования детей включала в себя оценку функционального состояния ВНС, изучение внутри- и внесердочной гемодинамики. Для оценки функционального состояния

сердечно-сосудистой системы мы использовали ЭКГ, верхушечную и правожелудочковую кардиографию, эхокардиографию в разработке Н.Н.Савицкого. Для оценки показателей системной гемодинамики в качестве контроля были, использованы индивидуальные величины АД в зависимости от возраста к уровню физического развития детей и подростков, рассчитанные по уравнениям регрессии в гемограммах, разработанные Е.Н.Волчанским.

Выводы. Таким образом, в клинической картине нейроциркуляторной дистонии у детей школьного возраста преобладают гипертонический (50,6%) и кардиальный (42,7%) варианты. Отличительные особенности различных клинических форм нейроциркуляторной дистонии у школьников определяются состоянием вегетативного дисбаланса: при кардиальном варианте — снижением парасимпатической активности, а при гипертоническом — активацией симпатического тонуса. Сочетание клинических проявлений вегетативного дисбаланса с психоэмоциональными расстройствами у детей с нейроциркуляторной дистонией свидетельствует об эмоционально-личностных нарушениях и снижении адаптационных способностей. Для раннего выявления вегетативной дисфункции и артериальной гипертензии у призывников с нейроциркуляторной дистонией рекомендуется проведение кардиоинтервалографии и применение клинокоортостатической пробы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНФАСУРФ» У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЛЕГКИХ

Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью исследования явилось определение эффективности применения препарата сурфактанта «Инфасурф» у новорожденных с тяжелыми аномалиями легких.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование у 25 новорожденных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (2 этап оказания реанимационно-интенсивной помощи новорожденным). Состояние у 85 % детей при поступлении расценено как крайне тяжелое, у 10 % — как тяжелое. Фиксировались параметры ИВЛ (PIP, PEEP, MAP, FiO₂). Раствор препарата «Инфасурф» готовили непосредственно перед применением, следуя инструкции. Стартовая доза у недоношенных детей соответствовала - 3 мл / кг (105 мг / кг) массы тела. Препарат вводили только в трахею с помощью эндотрахеальной трубки. Дозу вводить в шприц (20 G) или в шприц с большим размером иглы из ампулы одноразового использования, осторожно, чтобы предотвратить образование пены. Если применение препарата осуществляется с помощью катетера, помещенного в эндотрахеальную трубку, то «Инфасурф» следует вводить 4 раза равными дозами по 0,75 мл / кг с перемещением катетера после каждой из 4-х введений для восстановления вентиляции на 0,5-2 минуте. Каждую из 4-х равных доз необходимо вводить в положении ребенка лежа на животе, на спине, на правом и левом боку для более эффективного распределения сурфактанта в организме.

Результаты. Клиническая эффективность применения «Инфасурф» оценивалась по улучшению аускультативной и рентгенологической картины в легких. Отмечалось снижение длительности пребывания больных новорожденных на ИВЛ, длительность пребывания в ОРИТН и развития осложнений основного заболевания. Пациенты с пневмонией быстрее снимались с ИВЛ и в последующем переводились на НСРАР. Развитие ранних осложнений при применении сурфактанта «Инфасурф» таких как:

синдром утечки воздуха, периинтравентрикулярное кровоизлияние, легочное кровотечение не отмечалось ни в одном случае. Катамнез детей обследованных в данном исследовании находится в стадии изучения.

Выводы. В результате установлено, что отсроченное лечебное введение сурфактанта «Инфасурф» у недоношенных новорожденных с РДС и пневмонией, привело к снижению длительности нахождения на ИВЛ, пребывания в ОРИТН. «Инфасурф» является эффективным препаратом при лечении синдрома аспирации мекония, пневмонии, что требует проведения дальнейших исследований.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Батиров А.Р.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: изучение особенностей современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также оценка основных принципов купирования острого ларинготрахеита у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Для анализа было отобрано 44 истории болезни детей, госпитализированных в ОДММЦ г Андижана в отделение ОРИТ, в период с сентября по июль 2017-2018 года включительно. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом являются 1 - 3 годы жизни - это 46 % детей от общего числа, затем идут дети от 3 до 5 лет – 24,8 %. В результате данного исследования установлено, что давность заболевания до госпитализации составляет в основном 1 - 2 суток – 58 %, дети, госпитализированные на 3 сутки, составили - 21,5 %, а дети, госпитализированные позже 3-х суток после начальных проявлений составили 20,01 %. Причем установлено, что до госпитализации 23 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 5,8 % детей получали антибиотики, 12 % детей - глюкокортикостероиды, 59,06 % детей не получали медикаментозного лечения. Также в ходе анализа установлено, что 72 % детей были госпитализированы скорой помощью, 15,34 % детей были направлены на госпитализацию педиатром, 6,9 % детей были госпитализированы после самостоятельного обращения родителей в детское инфекционное отделение. Неотложная помощь до госпитализации была оказана: скорой медицинской помощью – 31,3 % детей, педиатром - 3 %. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 27,4 % детей, со стенозом 1 степени у 69,02 % детей, 3,6 % - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 95,08 % детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,2 % детей наблюдалась тяжелое течение. Длительность пребывания в стационаре: 51 % детей находились в стационаре больше 3 дней, 26,5 % детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 28 % детей - до 3 дней. За время нахождения в стационаре 69 % детей получали гормоны: в виде ингаляций – 40% детей, внутримышечно – 27 %, per os 35 %. Антибиотики получали 85,5 % детей. С полностью купированным ОЛТ выписано – 87 % детей, 13 % детей выписаны с положительной динамикой. У 1 % детей также наблюдалась пневмония, у 36 % - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

РАЗРАБОТКА АНКЕТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЕР О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нуралиева Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Неинфекционные заболевания становятся причиной 81% всех смертельных случаев в стране. В частности, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (59,7%) являются главной причиной смертности. Имеется все больше фактических данных, которые указывают на то, что первичная медико-санитарная помощь становится действенной тогда, когда пациенты более активно участвуют во всем процессе оказания этой помощи. Установлено, что состояние здоровья человека на 50-55 процентов определяется образом жизни. Основой профилактики ССЗ является формирование здорового образа жизни, то есть увеличение физической активности, отказ от курения сигарет (употребления насвая), рациональное питание

Цель исследования – Разработать анкету для определения уровня знаний и оценка деятельности патронажных медицинских сестер в раннем выявлении сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты и обсуждение. Профилактика заболеваний в первичном звене здравоохранения должна включать в себя вопросы правильной организации профилактической деятельности. Особенность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в том, что не требует много растрат, усилий и контролируемый процесс, который может медсестра с достаточным уровнем знаний участвовать в процессе. Особенно патронажные медсестры, которые тесно работают с населением, зная о состоянии здоровья, образа жизни, наследственность и семейные обстоятельства прикрепленного участка должны активно работать в сфере профилактики по ССЗ.

В связи с этим, разработана анкета которая позволит изучить одновременно деятельность патронажа и уровень знаний медсестер по ССЗ. В анкете имеются такие вопросы как возраст, стаж работы, вопросы по осуществлению патронажа: знает ли прикрепленный участок, оказание медицинских услуг во время патронажа, знание особенностей прикрепленного участка, часто встречаемые ССЗ и знание по факторам риска данных заболеваний, какие рекомендации дает при выявлении факторов риска и по контролю диспансеризации. Ключевым вопросом в данной анкете является частое измерение АД, и всегда ли имеет с собой прибор для измерения АД медсестра во время патронажа.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИ МАРКЕТИНГ ХИЗМАТИДА МАСЪУЛ ШАХСЛАРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Олимова Д.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хозирги кунда мамлакатимизда олиб борилаётган кенг кўламли ислохотлар барча сохалардаги ривожланишларнинг амалий ифодаси сифатида сохалардаги муаммоларнинг ижобий ҳал этилиши хисобигадир. Хозирги президентимиз Шавкат Миромонович Мирзиёев Ўзбекистон Республикаси Бош вазири пайтида 2016 йил 8 сентябрда Олий Мажлис Қонунчилик палатаси ва Сенатининг кўшма мажлисидаги нутқида таъкидлаганларидек, «ташқи бозорларда рақобат ва беқарорлик кучайиб бораётган шароитда иқтисодийнинг реал тармоқлари билан бир қаторда мамлакатимиз ҳудудларида ҳам рақобатдош маҳсулотлар ишлаб чиқаришни кўпайтириш ва экспорт салоҳиятини ошириш алоҳида аҳамиятга эга. Энг муҳим ижтимоий-иқтисодий вазифа — Олий Мажлис палаталари томонидан тасдиқланган Аҳолининг

меҳнат билан бандлигини ошириш дастурини бажаришдан иборат. Йил охирига қадар бир миллиондан зиёд янги иш ўринларини ташкил этишимиз зарур» .

Мамлакатимизда ижтимоий инфратузилмани янада ривожлантиришда, жумладан, олий таълим тизимида Маркетинг хизмати муҳим ўрин тутади. У олий таълим хизматларига бўлган талабларнинг шаклланиши ва ривожланишига, таклифларни қулайлаштиришга, олий таълим жараёни иштирокчилари фаолиятининг самарали стратегиясини ишлаб чиқиш ва амалга оширишга ёрдам беради.

Олий таълим муассасасида меҳнат бозори талабларига мувофиқ Маркетинг хизматини йўлга қўйиш орқали мутахассислар тайёрлаш сифатини таъминлашда раҳбарият - ректор, проректорлар, бўлинмалар бошлиқлари, деканлар, кафедра мудирлари ва уларнинг тугган ўрнини белгиловчи кўрсаткичлар мавжудки, уларнинг мазмуни қуйидагилар билан белгиланади:

- раҳбариятнинг мутахассислар тайёрлаш сифатини таъминлаш ишларининг мазмунини тушуниши, олий таълим муассасасини ривожлантириш стратегиясини белгилай олиши ва уни амалиётга тадбиқ этиш борасидаги ҳаракати;

- олий таълим муассасасида шаклланган кадрлар ва маданиятни қўллаб-қувватлаши ва ривожлантира олиши;

Олий таълим муассасаси раҳбарияти томонидан иш берувчилар билан қайта алоқа ўрнатилиб, қуйидаги ҳолатлар мунтазам равишда аниқланиб, кадрлар тайёрлаш жараёнларига зарурий тузатишлар киритилиб борилиши зарур.

- ёш мутахассислар касбий мартабасининг ўсиши;

- кучли имкониятли иш берувчилар-истеъмолчилар билан ўқув ва амалиёт жараёнини ташкил этиш ва амалга ошириш бўйича ўзаро ҳамкорлик ва алоқанинг ўрнатилиш ҳолати;

- масъул ходимлар ва профессор-ўқитувчиларнинг истеъмолчилар – иш берувчилар талаб-эҳтиёжларига муносабати ва уларга сифат кафолати берилиши;

- истеъмолчилар – иш берувчилар билан олий таълим муассасасида кадрлар тайёрлаш йўналишлари, таълим жараёнининг йўлга қўйилиши, битирувчиларнинг касбий малакаси ҳақида сўровлар натижалари;

- • иш берувчилар – истеъмолчилар таклифлари ва истакларининг ижроси ва ҳ.к.

Айтишимиз мумкинки бу ўрнида олий таълим муассасасининг меҳнат бозоридаги рейтингини бир-бирига боғлиқ бўлмаган бир неча кўрсаткичлар тўпламининг ҳар хил гуруҳлар, буюртмачи иш берувчи-истеъмолчилар, битирувчилар-ёш мутахассислар, талабалар, абитуриентлар ва уларнинг ота-оналари томонидан таълим сифатига қўйилган баҳо деб қараш мумкин. Бу баҳо давлат ва жамият учун зарур материал бўлиб, олий таълим муассасасининг меҳнат бозоридаги рақобатбардошлигини, унинг истиқболдаги фаолият йўналишларини аниқлаш ва белгилашга ёрдам беради.

Республикамиз педагогика олий таълим муассасаларида маркетинг хизматини йўлга қўйишда таълим хизматлари маркетинги субъектлари ва объектларини аниқ тасаввур қилиш, таълим хизматларининг асосий хусусиятларига мувофиқ маркетинг хизматининг функцияларини билиш, шу асосда бу йўналишда амалга ошириладиган ишлар мазмуни ва уни ташкил этишнинг амалий масалаларини аниқ режалаштириш таълим муассасаси раҳбариятидан (ректорлар, проректорлар, маркетинг хизмати бўлими ва таалукли бўлинмалар бошлиқлари, факультетлар деканатлари, мутахассислик кафедралари мудирлари) катта бошқарув маҳоратини талаб қилади. Юқорида таъкидланганларимиздан келиб чиқиб хулоса, ўрнида олий таълим муассасасининг меҳнат бозоридаги рейтингини бир-бирига боғлиқ бўлмаган бир неча кўрсаткичлар тўпламининг ҳар хил гуруҳлар, буюртмачи иш берувчи-истеъмолчилар, битирувчилар-ёш мутахассислар, талабалар, абитуриентлар ва уларнинг ота-оналари томонидан таълим сифатига қўйилган баҳо деб қараш мумкин. Бу баҳо давлат ва жамият учун зарур материал бўлиб, олий таълим муассасасининг меҳнат бозоридаги рақобатбардошлигини,

унинг истикболдаги фаолият йўналишларини аниқлаб олишга ёрдам беради ва келажакда килиниши лозим бўлган вазифаларимизни белгилаб беради.

EKOLOGIK ONG VA MADANIYATNI SHAKILLANTIRISH

Olimova D.Sh., Matchanova N.T.

TTA Urganch filiali

Jamiyatning rivojlanib borishi bilan insonlarning atrof - muhitga bo'lgan ta'siri o'sib boradi. Inson tabiat bilan, ya'ni o'simliklar hamda hayvonot dunyosi hamda yer osti va yer usti boyliklari bilan o'zaro muloqotda bo'ladi.

Ekologik muammolar kengayib, ularni hal etish dolzarb vazifa bo'lib qolgan hozirgi davrda bu muammolarni hal qilishda insoniyat uchun asosan ekologik ong va ekologik madaniyatning o'rnini beqiyosdir.

Tabiat va inson o'rtasidagi munosabat ma'lum bir qonunlar orqali boshqariladi, ularga rioya qilmaslik ertami kechmi, albatta ekologik halokatga olib keladi. Bu muammo o'zining insoniyatga keltirayotgan va keltirishi mumkin bo'lgan fojiali oqibatlarini jihatidan yadro urushi halokatidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Albatta, ilmiy-texnikaviy rivojlanish natijasida, turli soha ilm va texnologiyalarining taraqqiyoti, yangi energiya manbalari va kimyoviy moddalarning paydo bo'lishi, tabiiy resurslardan yovuzlarcha foydalanish natijasida havo, suv ifloslanadi, insoniyatni boquvchi yer yaroqsiz holga kelib, oqibatda uni yashash muhitidan mahrum etadi.

Hozirgi davrda insoniyat, u qanday xavf qarshisida kelib qolganligini tushunib yetdi, atrof - muhitga inson faoliyati tufayli yetkazilayotgan zarar qanday natijalarga olib kelganligini yaqqol his etdi.

Inson faoliyatining natijasida atrof muhitga ancha sezilarli o'zgarishlar ro'y bermoqda. Bular asosan hozirgi kunda mavjud bo'lgan ekologik xavfsizlik klassifikatsiyasida bo'lgan: umumsayyoraviy, mintaqaviy, milliy, lokal ekologik xavfsizliklar mamlakatimiz hududini ham chetlab o'tmadi. Bu xavflardan ozon qatlami muammolari, ya'ni yemirilishi, iqlimning o'zgarishi, cho'llanish, toza ichimlik suvi tanqisligi, Orol dengizi muammosi, hayvonot va o'simlik dunyosi turlarining qisqarib borishi, o'simlik dunyosining noqonuniy kesilib borishi, yer degradatsiyasi, suv resurslari tanqisligi, atmosfera ifloslanishi shular jumlasidandir.

Ekologik fojialarning bu darajadagi jadallashib borishida ekologik ong va ekologik madaniyat alohida o'rin tutadi.

Ekologik ong va ekologik madaniyatning asosiy vazifasi xalqimiz ekologik madaniyatini oshirish orqali huquqiy fuqarolik jamiyati tamoyillari asosida tabiatdan foydalanishni yo'lga qo'yish, tabiatni muhofaza qilish sohasida Davlat nazorati bilan bir qatorda jamoatchilik nazoratini kuchaytirish, xalqimiz ongi va madaniyatida ona Vatanimiz tabiatiga bo'lgan mehr-muhabbatini oshirish, uni asrab-avaylash va kelgusi avlod uchun zarur hayotiy sharoitlar qoldirishimiz kerakligini ko'rsatishdir.

Xalqimiz eng avvalo yosh avlodni ona Vatanga muhabbat, xalqiga sodiqlik, ongida millatimiz va davlatimiz rivojiga xavf solib turgan xodisalarga, shu jumladan, ekologik xavfga ham, faqat ularni bilishi va sodiqligi, tadbirkorligi va mas'uliyatliliigi bilan javob bera olishi hamda xavfni bartaraf etish mumkinligini singdira olishimiz, shu jumladan, ekologik ong va madaniyatni yo'lga qo'yish orqali kelajakda sodir bo'lishi mumkin bo'ladigan ko'p ofatlarning oldini olish mumkin bo'ladi.

Inson tabiatning bir bo'lagi bo'lgan holda u bilan bo'lgan munosabat orqali ekologik madaniyat shakllana borishi tufayli tabiatni muhofaza qilish va ulardan oqilona foydalanishni tartibga solishda uni boshqarish uchun tabiat qonunlarini kashf qilib kelgan. Ammo inson o'zining tabiatga ta'siri orqali undagi muvozanatni buzdi va tabiat hodisalarining davriy muvozanatini izdan chiqardi.

Ijtimoiy ongning o'zgarishi, qadriyatlarga nisbatan munosabatlarning ekologik yo'nalishdagi ma'naviy madaniyatning rivojlanishi, sayyoramiz hayotiga yangicha qarashning

shakllanishi uzoq yillar davomida va qiyin kechadigan jarayon bo'lib, bu o'rinda ekologik madaniyat alohida ahamiyat kasb etadi.

Ekologik madaniyatni shakllantirishda, ekologik ong va dunyoqarashni shakllantirish va rivojlantirishda bir qator yutuqlarga erishilayotgan bir vaqtda ushbu sohani singdirishda muhim o'rin tutadigan maktab tarbiyasiga, o'rta va oliy ta'lim muassasalariga e'tibor qaratishimiz lozim.

Ekologik bilimlar tashviqoti, aholini ekologik tarbiyalash va ularni o'qitish bo'yicha ishlar avj oldirilganligiga qaramay, Respublikamiz oliy va o'rta maxsus bilim yurtlarida atrof muhit muhofazasi, ya'ni ekologiya sohasida boshqa sohalar kabi Davlat noziri singari mutaxassislarni tayyorlash hozirgi kunga qadar yo'lga qo'yilmagan. Ushbu soha uchun bu kabi mutaxassislarni tayyorlash hozirgi kun talabidir.

Bundan tashqari, insoniyat tarbiyasi uchun uning mahallasi ham alohida o'rin egallaydi. Mahallalar ham ushbu ishlarga jonbozlik ko'rsatishi lozim, deb o'ylayman.

O'simlik dunyosi yer yuzidagi hayot muvozanatini ta'minlash va ijtimoiy hamda iqtisodiy sharoitlarni yaxshilash uchun hayotiy zarur bo'lgan ekzotizmlar, turlar, genetik tiplar va ekologik jarayonlarning rang - barangligini saqlaydi, insonning hayotiy ehtiyojlari talablariga javob beradigan genetik xilma-xillik va turlarni himoya qiladi.

Ekologik madaniyatni rivojlantirishda boshqaruvning o'rni faqatgina Davlat xizmati bilangina emas, balki jamoatchilik rolini oshirish bugungi demokratik, huquqiy davlat qurish yo'lidagi ekologik bilimlarni targ'ibot qilish, aholining ekologik saviyasini ko'tarish borasida bir muncha ishlar amalga oshirilmoqda. Lekin shunga qaramay bu sohada bir qator kamchiliklar ham mavjud.

Atrof-muhitni muhofaza qilishda va tabiat resurslaridan oqilona foydalanishda hozirgi kunda qo'llanilayotgan iqtisodiy mexanizmlarni yanada takomillashtirish, tabiatdan noto'g'ri foydalanganlarga tabiat solig'ini qo'llash hamda jamiyatning ekologik madaniyatini shakllantirishni rivojlantirishda ekologik ta'lim-tarbiyaning samarali mexanizmlarini ishlab chiqish kerak. Bu bilan respublikamizda ishlab chiqarishni va insonning tabiatga bo'lgan munosabatini tartibga solish imkoniyati tug'iladi.

Tabiatimizni asrash, uni muhofaza qilish, tabiatdan oqilona foydalanish va jamiyatda ekologik madaniyat va ekologik ongni rivojlantirish nafaqat tabiatni muhofaza qilish organlarining ishi, balki shu zaminda yashayotgan har bir insonning ona Vatanimizga, uning tabiatiga bo'lgan munosabatida aks etadi.

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ РОЛИ

Отажанов Ш.З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Муаммонинг долзарблиги: ЖССТ маълумотларига кўра, бутун дунё бўйича ушбу микст инфекция билан касалланган беморлар сони ўртача 4-5 млн.ни ташкил килади. ОИВ инфекцияси оқибатида келиб чиққан иммун танқислик ҳолати ўткир ичак инфекциялари кечишини тезлаштиради.

ОИВ-инфицирланган болаларда меъда-ичак тизимини (МИТ) зарарланиши ОИВ-инфекциясининг МИТ га бевосита таъсирида ёки бактериялар, вируслар, замбуруғлар ва паразитар омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу беморларда МИТ нинг зарарланишига ҳос бўлган тана массасининг камайиши, кўнгил айниши, қайт қилиш ва диарея кузатилади. Ўткир диареяда даво муолажалари ўтказилмаганда организм сувсизланишига, сурункали ёки қайталанувчи диареяларда эса озик-овқат маҳсулотларининг ичакда сўрилишининг бузилиши натижасида оқсил етишмовчилиги ва озиб кетишга олиб келади. ОИВ-инфицирланган беморларда энг кўп учрайдиган МИТ

нинг зарарланишига сабаб бўлувчи инфекцияларга *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*, *Cytomegalovirus*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Herpes simplex* ва бошқалар киради. Цитомегаловирусли инфекция (ЦМВИ) дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, 50-80% катталарда, 36% ҳолатда 6-11 ёшли болаларда аниқланади. ЦМВ-инфекция билан зарарланган беморлар бир умр вирус ташувчи бўлиб қолади. ЦМВ-инфекция эрта ёшли ОИВ-инфицирланган болаларда МИТ ни зарарлаши ва энтероколит ривожланишига олиб келиши мумкин. Адабиётларда ЦМВ-инфекция сабабли эрта ёшли болаларда ривожланган энтероколит, гемоколит, сувли диарея билан боғлиқ ўнлаб маълумотларни учратиш мумкин. Шунингдек беморларда кўпчилик ҳолларда некротик энтероколит (НЭК) ва хирургик асоратлар (ичак тешилиши ва яллиғланиш жараёни натижасида ичак стенози) учрайди. Янги туғилган чақалоқларда кўкрак сути орқали постнатал зарарланганда диарея синдроми кузатилиб, сувсизланиш, тана массасининг камайиши, сув-электролит дисбаланси ва оқсил етишмовчилигига олиб келади.

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КЕЧИШИ

Отажанов Ш.З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Муаммонинг долзарблиги: ОИВ-инфицирланган болаларда диарея синдроми ОИВ-инфекциясининг МИТ га бевосита таъсирида ёки бактериялар, вируслар, замбуруғлар ва паразитар омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Вирусли диареялар орасида ротавирус инфекциясининг аҳамияти жуда катта (60-80%). Сўнгги йилларда ўткир ротавирусли ичак инфекцияси билан зарарланиш кескин даражада ортиб бормоқда. Ротавирусли инфекциянинг юқори контагиозлиги ва ташқи муҳитга чидамлилиги Соғлиқни сақлаш муассасаларида катта муаммо туғдиради.

Турли муаллифларнинг фикрича ротавирус инфекцияси учун DFV- (“диарея-иситма-қайт қилиш”) синдроми хосдир. Бир ойлик болаларда диарея синдромининг асосан оғир шакли учраб: некротик энтероколит, ичак перфорацияси ўлимга олиб келувчи сабаблар ҳисобланади. Гастроэнтерит синдроми диареянинг ривожланганлиги, иштаҳанинг пасайганлиги, қоринда кучли оғриқ ва ғулдираш, кўнгил айнаши, қайт қилиш билан характерланади. Ротавирусли гастроэнтерит учун типик белгилар кўп миқдорда сувли, кўпиксимон, сариқ ёки сариқ-яшил рангдаги нажас ҳисобланади. Касалликнинг енгил шакли билан оғриган бемор нажаси суюқ бўтқасимон бўлиши мумкин. Нажасда патологик аралашмалар бўлмайди.

Катарал белгилардан 70% ҳолатда конъюнктивит, ринит, ринофарингит учрайди. Баъзида 1/3 ҳолатда катарал белгилар ичакдаги ўзаришлардан эрта пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг авж олиш даврида юрак-қон томир тизимида функционал бўзилишлар натижасида кўпчилик беморларда қон айланиш аъзоларида ҳам патология ривожланади. Бу эса касалликнинг янада оғир кечишини таъминлайди. Натижада беморларда артериал гипотензия, тахикардия, аускультацияда юрак тонларининг буғиқланиши кузатилади. Касалликнинг оғир шаклларида токсик моддалар натижасида қон томирлар деворида патологик реакциялар ривожланади ва натижада гемоциркуляциянинг ўткир бўзилиши коллапс, хушни йўқотиш билан намаён бўлади. Кўп миқдорда қайт қилиш ва ичнинг кетиши сув ҳамда электролитлар йўқолишига олиб келади ва дегидратация ривожланади.

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА АДЕНОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КЕЧИШИ

Отажанов Ш.З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Муаммонинг долзарблиги: Охирги йилларда дунёнинг барча нукталарида ўткир ичак инфекциялари ривожланишининг асосий сабабчиси вируслар дея эътироф этилмоқда. ОИВ-инфицирланган болаларда диарея синдроми ОИВ-инфекциясининг МИТ га бевосита таъсирида ёки бактериялар, вируслар, замбуруғлар ва паразитар омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларда педиатрия амалиётида диареялар аденовируслар томонидан чақирилмоқда.

ЖССТ маълумотларига кўра ўткир ичак инфекциялари билан касалланган болаларнинг 22% қисмида аденовирус антигенлари аниқланади. Беморларнинг бўйича статистик маълумотлар ўрганилганда 1-3 ёшли беморларда 44%, 3-5 ёшгача 25%, 1 ёшгача бўлган болаларда 21% ҳолатларда кузатилган. Касаллик мавсумийлиги бўйича кўрилганда куз фаслида 32%, 46,4% қиш фаслида, 14% ҳолларда эса баҳор фаслларда учраган. Болаларни овқатланиш турига кўра ўткир юқумли ичак инфекциялари орасида аденовирусли инфекцияси билан асосан сунъий йўл овқатланишда бўлган болаларнинг касалланиши 57% бемор болаларда кузатилади. Маълумки аденовирусли инфекция нафақат меъда ичак тракти аъзоларининг зарарланиши билан кечади, балки касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши билан ҳам намоён бўлади. Бемор болаларнинг 75% қисмида мазкур катарал ўзгаришлар конъюнктивит, 67,8% фарингит, 57,1% ринит кўринишида намоён бўлади. Гепатомегалия 22% бемор болаларда учрайди. Ичак микробиоценозини бузилиши (дисбактериоз) даражаси бўйича: I-даража 10,7%, II-даража 32,1%, III-даража 44,6%, IV- даража 12,5% беморларда аниқланади. Оғирлик даражасига кўра беморларда касалликнинг енгил кечиши 14,2%, ўрта оғир кечиши 69,6%, оғир кечиши 16% кузатилади.

Нажасни копрологик текширилганда 57,1% беморда овқатнинг ҳазм бўлиши ва сўрилишдаги бузилишларни курсатувчи клечатка, нейтрал ёғ, крахмал доначалари ва мушак толалари, 42,8% болалар нажаси шиллиқ кўп миқдорда аниқланади.

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ

Отажанов Ш.З.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

ОИВ-инфекциясида кузатиладиган энг муҳим патологик ўзгаришлардан бири овқат ҳазм қилиш системаси аъзоларининг зарарланиши ҳисобланади. Касаллик кечиши давомида меъда-ичак тизимининг (МИТ) зарарланиши билан биргаликда иммун ҳолат сусайиши ривожланиб боради. Касаллик эрта ривожланиш даврида оппортунистик инфекциялар қўшилишидан олдин, ҳар ўнинчи болада МИТ зарарланиш симптомлари аниқланади. Кейинчалик ҳазм қилиш тизими аъзоларининг зарарланиш кўрсаткичи ОИВ-мусбат болаларда ошиб боради. МИТ патологияси ОИТС босқичида 80% ҳолатда, терминал босқичида эса барча беморларда диагностика қилинади.

ОИВ-инфекцияда ҳазм системаси аъзоларининг зарарланиши вируснинг бевосита МИТ га таъсири ва оппортунистик инфекциялар таъсирида, шунингдек дори воситаларини узоқ муддат қабул қилиш (антибиотиклар, вирусга ва замбуруғга қарши воситалар) натижасида юзага келади. Вирус МИТ шиллиқ қавати орқали кирганда эпителиал қават орқали *lamina propria* га киради. Кейинчалик вирус макрофаглар билан таъсирлашиб мезентериал лимфа тугунларига ўтади. МИТ шиллиқ қаватининг зарарланиши касалликнинг асимптоматик даврида бошланади. Шу билан биргаликда IgA миқдорининг камайиши ва CD8-лимфоцитлар миқдорининг ошиши кузатилади. Бу

иммунологик ўзгаришлар таъсирида ичак проксимал қисмида микроорганизмларнинг кўп микдорда ўсишига ва улар токсик маҳсулотларининг (эндотоксин) абсорбциясининг кўпайишига олиб келади. Натижада ичакдаги иммун система фаоллашади ва вирус репликацияси ошади. ОИВ-инфицирланган болаларда лактаза биосинтези бузилиши натижасида лактозани ўзлаштира олмаслик эрта юзага чиқади. Юқиш йўлидан ва асимптоматик даври узунлигидан қатъий назар ОИВ-инфицирланган болаларда физик ривожланишдан ортда қолиш ва тана массасининг камайиши намоён бўлади. МИТ функциясининг бузилиши тана массасининг камайиши ва ўсиш-ривожланишдан ортда қолишни кучайтиради. Ичакдаги эпителиоцитлар функциясининг бузилиши патоген флоранинг ўсишига ва озиқ-овқат маҳсулотлари (оқсил, ёғ, углевод) сўрилишининг бузилишига олиб келади. Организмда оқсил етишмовчилиги турли хил бузилишларга, жумладан Т-лимфоцитлар микдорининг камайиши ва қон зардобидида иммуноглобулинлар ошишига сабаб бўлади.

ОБУЧЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Раджапова Д.Д.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Как и многие другие профессии, основанные на людях, навыки общения необходимы для медицинской практики. Это основа, на которой покоится множество областей ухода за пациентами, таких как собеседование с первым контактным пациентом, поиск связанных с ним и дополнительных проблем, консультирование пациента, объяснение вариантов лечения, его осложнений и рекомендации последующего наблюдения. Это также необходимо для объяснения рисков для пациента, консультирования в случае тяжелой утраты или несчастного случая, предоставления информации о хирургической процедуре и ее осложнениях, получения информированного согласия и многих других областей ухода за пациентом.

Традиционное медицинское обучение дает студентам теоретические и практические знания о процессах заболеваний и дает им знания о методах диагностики и лечения, но не затрагивает коммуникативные навыки, которые являются наиболее важными при работе с пациентами. Хорошие методы коммуникации и консультирования можно научить и практиковать для повышения клинической компетентности. Навыки межличностного общения и общения с врачом оказывают существенное влияние на лечение пациентов и контролируют с улучшением результатов лечения.

Лучшее общение между врачом и пациентом укрепляет уверенность, улучшает соблюдение правил и уменьшает количество ошибок и неудач, тем самым уменьшая количество случаев злоупотребления служебным положением. Если знание медицины, хирургического мастерства и клинической проницательности - это ремесло медицинской практики, навыки общения - это изобразительное искусство! Профессионализм, который является неотъемлемой частью хорошей медицинской практики, также требует эффективных коммуникативных навыков наряду со знаниями, навыками, компетентностью и этикой.

Ключевые компоненты - построить отношения, открыть обсуждение, собрать информацию, понять точку зрения пациента, поделиться информацией, достичь согласия по проблемам и планам, обеспечить закрытие. Существуют определенные неправильные представления об обучении коммуникации для студентов-медиков, например, навыки общения не считаются обучаемыми или навыками, приобретенные в течение периода обучения, имеют тенденцию к снижению со временем. Студенты и преподаватели считают, что они будут изучены и улучшены с опытом. Улучшение коммуникативных навыков требует, чтобы преподаватели и студенты обладали самосознанием, межличностной чувствительностью и готовностью к саморефлексии.

LEARNING MEDICAL ENGLISH: A PREREQUISITE FOR SUCCESSFUL ACADEMIC AND PROFESSIONAL EDUCATION

Radjapova D.D.

Urgench branch of Tashkent medical academy

The aim of this paper is to present specificities of the English language teaching necessary for successful education and professional training of medical students. In contemporary globalized world the English language has become the basic language of communication in all scientific fields including the field of medical science. It is well established that Medical English teaching should primarily focus on stable linguistic competence in English that is created by means of content and context based curriculum, thus preparing students for active use of English upon graduation. In order to achieve this it is very important that English language teaching be based on specific real situations in which the language is to be used. In addition, students should be encouraged to adapt practical skills applicable in specific future professional setting. Medical English teaching represents constant challenge for teachers because they need to be flexible, open to new approaches and methods, make decisions and adapt themselves to constant changes. In addition, long-term learning is at the core of higher education, and being equal partners, both students and teachers should be aware that education is a two-way process.

In the last few decades English for specific purposes (ESP) has become one of the most prevalent forms of teaching English as a foreign language (EFL). The concept underlying the term language for specific purposes (LSP) is closely associated with the teaching of language for professional purposes where students need to learn how to use language in their future professional setting. In this context, specific linguistic features of the language used in different specialized fields are emphasized.

The basic principle of teaching languages for specific purposes has been created to meet specific academic and professional needs of learners, whereby each pedagogical situation and each group of learners is considered to be new and different from the previous one. The language courses for specific purposes are based on particular vocabulary set and unique language skills that will be indispensable to learners in a specialized field. There is no single approach for all pedagogical situations; there is no curriculum and set of activities that are applicable in all contexts. Therefore, it is of crucial importance in ESP teaching to determine the unique features of teaching and learning and apply them in the development of the curriculum, syllabus and assessment. The goal of ESP teaching is to achieve successful professional and educational goals. Such form of teaching is based on a serious analysis of the needs of students and should be specially designed. It includes a special selection of skills, topics, contents and functions. What is important in designing special programs is to take into account the level of students' knowledge of the English language. Some students are beginners, some have an intermediate level of English, while others have a high level of English and strive to improve their knowledge adequate needs analysis.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Ражабова Н.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади: Хоразм вилоятида мактабгача ёшдаги болаларда ўткир пиелонефрит касаллигининг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот бажарилиши жараёнида 2018-2019 йилларда ўткир пиелонефрит билан хасталанган 3-6 ёшгача бўлган 64 нафар беморнинг клинико-анамнестик маълумотлари ўрганилиб, таҳлил қилинди.

Тадқиқот объекти – Урганч туман Пахтакор КВП, ТГА Урганч филиали клиникаси болалар бўлими. 112/ у карта ва касаллик тарихи маълумотлари асосида ўрганилди, хар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди.

Тадқиқотимиз натижалари таҳлил қилинганда Хоразм вилоятида ўткир пиелонефрит касаллиги билан касалланган болаларни анамнестик, клиник хусусиятлари ўрганилганда ўткир пиелонефрит сурункали турига караганда кўп учрашини аниқладик. ўткир пиелонефрит 3-6 ёшгача бўлган қиз ва ўғил болалар ўртасида кенг тарқалганлиги, ҳамда бу хасталик иккала жинсда ҳам тенг нисбатда учраганлиги аниқланди.

Экологик жиҳатдан ноқулай Жанубий Оролбўйи регионида ўткир пиелонефритнинг клиник вариантларини таҳлил қилганда ўткир пиелонефрит хасталиги билан оғриган болалар 82,8%, сурункали пиелонефрит эса 17,2% ни ташкил қилди. ўткир пиелонефрит хасталигини жинсига караб кузатишимизда ўғил ва қиз болалар бир хил фоизда касалланганлиги аниқланди. Беморларнинг ёшига караб таҳлил қилганда эса ўткир пиелонефрит билан касалланиш 3-6 ёшгача бўлган болаларда ҳам қиз, ҳам ўғил болаларда касалланиш жараёни кўп қайд қилинди.

ўткир пиелонефрит хасталигини йил фаслига мувофиқ таҳлил қилинганда касалланиш айнан қиш ва куз фаслларида кўп учраган, чунки йилнинг бу фаслларида суткалик ҳароратнинг пастлиги, атмосфера босимининг, ҳаво намлигининг, ҳаво тўлқинларининг, электромагнит майдонларининг тез-тез ўзгариб туриши кузатилади. Натижада маҳаллий иммунитет ва биоценоз бузилади, бу эса организмда патоген микрофлоранинг кучайишига олиб келади. Демак келтирилган илмий иш натижаларидан қуйидаги хулосалар келиб чиқади:

1. Хоразм вилоятида болалар ўртасида ўткир пиелонефрит кўп учрайди.
2. Хоразм вилоятида регионида ўткир пиелонефрит билан хасталаниш кўпроқ куз ва қиш ойларига тўғри келади.
3. ўткир ўткир пиелонефрит хасталиги 3-6 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди.
4. УАШ юқоридаги хулосалар асосида касалликка ўз вақтида ташхис қўйишлари, даволашлари, йил фаслига караб, боланинг ёшига караб, организмнинг реактивлигини тиклаш ишларини олиб боришлари лозим.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

Расулов А.С., Расулова Н.А, Ирбутаева Л.Т., Ахмедова М.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Профилактика витамин D-дефицитного рахита занимает важное место в комплексе мероприятий, проводимых в целях укрепления здоровья детей раннего возраста. При этом эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D₃ с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска.

Цель исследования: сравнить методы профилактики рахита у детей 1-го года жизни в г.Самарканде и Акдарьинском районе Самаркандской области.

Материал и методы исследования: было обследовано 466 детей в возрасте 1-12 месяцев. Дети были распределены на 2 группы: первая группа – 370 (82,4%) детей, получившие профилактику рахита по стандартной схеме и вторая группа – 79 (17,5%) детей, получившие профилактику по модифицированной схеме. Из них традиционная профилактика в Акдарьинском районе проводилась у 236 (63,7%) детей, в г.Самарканде – 134 (36,2%). Модифицированная профилактика проводилась в селе – 37 (46,8%) детей, в городе у 42 (53,1%). Контрольное обследование показало, что у 130 (28,9%) детей имелись

признаки рахита. В условиях города рахит встречался у 27 детей (20,7%), в условиях села – 103 (79,2%).

Результаты: В связи с тем, что у нас имеется система патронажного наблюдения детей первого года жизни, мы с профилактической целью назначали ребенку деварон по 10 таблеток 1 раз в неделю собственноручно патронажной медицинской сестрой. Дети еженедельно получали по 4000 МЕ витамина D₃ (курсовая доза 160 000-180 000 МЕ) в течение 1 года жизни. Если низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови до начала профилактики выявлялся у 93% детей, то после проведения – лишь у 17,4% обследованных, что в 5,34 раза меньше (P<0,001), чем до профилактики.

Заключение: применение модифицированной профилактики рахита свидетельствовали о нормализации уровня 25(OH)D₃ в сыворотке крови, улучшение самочувствия ребенка, нормализация аппетита и сна, прекращение обильного потоотделения при кормлении, улучшение прибавки массы тела. Это позволяет широко внедрить модифицированную профилактику рахита в различных регионах республики.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА И КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

Расулова Н.А., Расулов А.С., Шарипов Р.Х.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель работы: изучить влияние факторов риска развития рахита и оценить возможности коррекции недостаточности витамина D.

Материал и методы: под наблюдением находилось 466 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. Все дети считались практически здоровыми, были обследованы для установления клинических особенностей рахита (задержка закрытия большого родничка, рахитические четки, «браслетки», мышечная слабость, дистрофия, бледная кожа, чрезмерная потливость, задержка с прорезыванием зубов, психомоторное развитие); определялось содержание в сыворотке крови 25(OH)D₃, кальция и фосфора в крови. Кроме этого проводилось анкетирование родителей. Распределение по возрасту показало, что до 3 месяцев было 20,6%, 3-6 месяцев – 35,6%, 6-12 месяцев – 43,7%, мальчиков было – 55,3%, а девочек – 44,6%. Недоношенных детей было – 8,4%, врожденная гипотрофия выявлена у 6,6%, у 79 детей было повторно определено 25(OH)D₃ в сыворотке крови. Все дети, не получавшие ранее витамин D профилактически получили его в дозе по 4000 МЕ ежедневно в течение 2 месяцев.

Результаты: Выявлены значимые факторы риска со стороны матери: железодефицитная анемия во время беременности, отсутствие приема витамина D в период беременности, дефект питания в период беременности, со стороны ребенка: низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови, железодефицитная анемия у ребенка, время рождения ребенка (осенне-зимний период), низкий уровень фосфора в крови, не достаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин в день), отсутствие профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни, недоношенность.

Определение 25(OH)D₃ выявило низкое его содержание 17,6±1,96 нмоль/л в сыворотке крови у 81,2% детей. У 24,9% детей выявлено гипокальциемия, и у 17,8% - гипофосфатемия. Клинически выявлено у детей рахит легкой и среднетяжелой степени у 27,8%. Нами установлено, что дети, как правило, отставали в развитии, поздно начинали сидеть, ходить, наблюдалась задержка психомоторного развития. Особенно нужно отметить, что дети были вялые, малоинициативные и при осмотре сидели, как правило, молча, не проявляли интерес к окружающему. После курса витамином D₃ у детей практически исчезли признаки рахита, дети стали активными, более подвижными, значительно улучшение психомоторных функций, вовремя прорезывались зубы, а также нормализовался уровень 25(OH)D₃ (114,3±7,29 нмоль/л) у 89,9% детей.

Выводы: предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(OH)D₃ и снизить тяжелые формы рахита и улучшить психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НОСА

Рахимов А.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Нос играет функциональную роль в акте дыхания. Выраженная деформация приводит к затруднению носового дыхания, нарушению аэрации полости носа, околоносовых пазух, полостей среднего уха, оказывает негативное влияние на вентиляцию бронхов и лёгких, сопровождается застойными явлениями в упомянутых органах, включая полость черепа, что, в конечном итоге, приводит к развитию хронической гипоксии. В свою очередь, хронически протекающая кислородная недостаточность отрицательно влияет на обменные процессы в организме и на функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной, кроветворной и других его систем. Поэтому комплексное восстановление полноценного носового дыхания у пациентов путём устранения деформации наружного носа и его перегородки является важной задачей хирургии. В связи с этим, выполняя ринопластику, хирург ставит перед собой цель - функциональноэстетическое восстановление носа.

Проблемы после ринопластики часто связаны с недостаточной резекцией, избыточной резекцией, а также с неточным восстановлением контуров. Проблемы, связанные с избыточной резекцией, требуют применения имплантатов или трансплантации. Излишнее уменьшение кончика носа может нарушить его важнейшие опорные механизмы, что приводит к такому осложнению, как опущение кончика носа. Лечение осложнений, связанных с опущением носа, спадением его крыльев, основано на восстановлении поддержки хрящевого отдела носа, что требует применения имплантатов или трансплантатов. Трансплантаты, устанавливаемые для поддержки краев крыльев носа, могут исправлять коллапс наружного носового клапана.

Многочисленные публикации, посвященные этой проблеме, могут говорить об отсутствии полной удовлетворенности способами ее решения.

Со стороны перегородки носа наиболее часто встречаются такие осложнения операции как: кровотечения; гематома перегородки носа; вторичная деформация; синехии; флотация; инфекционные осложнения; перфорации; отторжение имплантата. К одним из наиболее частых из них следует отнести перфорацию и флотацию перегородки носа, встречающиеся в 20% и 18% случаев, соответственно. Для устранения их требуется применение имплантационного материала.

Реконструктивная хирургия носа практически всегда сопряжена с необходимостью использования дополнительных пластических материалов, при этом в большинстве случаев неудовлетворительные результаты связаны именно с применением различных имплантатов и трансплантатов. Использование синтетических материалов (пластмассы, силикон, углеродные конструкции и др.) ограничено ситуациями, сопровождающимися устранением поверхностных деформаций носа и его перегородки, так как в большинстве случаев наблюдается их инфицирование, прорезывание швов, смещение, образование свищей.

По данным специальной литературы, частота осложнений после хирургической коррекции перегородки носа колеблется от 10% до 27%. Из характерных осложнений отмечены перфорация и флотация перегородки носа, встречающиеся в 20% и 18% наблюдений, соответственно. Вторичная деформация внутриносовых структур имеет место от 8% до 15% случаев. Повреждения слизистой оболочки во время пластики перегородки носа встречаются в 30% случаев, и из них около 7% приводят к образованию

перфорации. По данным ряда авторов, осложнения ринопластики составляют от 1,7% до 18% наблюдений.

Таким образом, функциональная ринопластика неразрывно связана с применением трансплантатов и имплантатов, однако проблема выбора пластического материала по-прежнему стоит перед хирургами.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНОЙ ПОЛОСТИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Рахимов И.Р., Ходжаниязов А.А
Хорезмский филиал РНЦЭМП

В связи с расширением показаний к хирургическому лечению заболеваний органов брюшной полости и отсутствием надежных средств профилактики, число послеоперационных спаечных осложнений продолжает оставаться высоким. Актуален вопрос тактики в отношении больных со спаечной болезнью брюшной полости (СББП) и на догоспитальном этапе.

По нашим данным доля вызовов к пациентам по поводу острых хирургических заболеваний колеблется в пределах от 3,0 до 7,9%, причем, 22,3% из них к больным, ранее перенесшим хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. СББП среди данной категории больных занимает лидирующее место (59,8%), а спаечная кишечная непроходимость (СКН) составляет 17,2% среди всех больных хирургического профиля

Наиболее ответственным при выборе тактики ведения таких пациентов на догоспитальном этапе является определение показаний для госпитализации. Абсолютными показаниями к госпитализации в хирургический стационар мы считаем наличие признаков острого нарушения пассажа пищевых масс (схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота тошнота с последующей неукротимой рвотой) и перитонита. Немаловажными в диагностике СКН является проверка некоторых специфических симптомов. Случаи сомнения в необходимости госпитализации или по крайней мере консультации хирурга такого больного не редки. На вызове часто приходится дифференцировать кишечную колику и приступ СББП, осложненный СКН, что проблематично в условиях скорой помощи. В связи с этим в сомнительных случаях необходимо склоняться в сторону госпитализации пациента.

Большинство больных со СББП и СКН находятся в средне тяжелом (41,1%) и удовлетворительном (29,2%) состоянии и не требуют специального лечения. Тем не менее, при наличии схваткообразных болей на догоспитальном этапе показано введение спазмолитических средств. Нередко СКН развивается у пожилых пациентов с тяжелой патологией органов дыхания и кровообращения. У таких больных электролитные и метаболические расстройства, возникающие при СКН, усугубляют течение фонового заболевания и утяжеляют состояние, требует его коррекции уже на догоспитальном этапе. В такой ситуации оправдано назначение кардиотонических и противошоковых средств, реолитиков, препаратов калия. Показаны ингаляции увлажненного кислорода через маску или эндоназальный катетер, особенно при необходимости длительной транспортировки.

Таким образом, СББ и СКН является частым состоянием в практике врача скорой помощи, которое тщательной дифференциальной диагностики, правильного выбора тактики и терапии на догоспитальном этапе.

EFFECTIVENESS OF USING QARS AS DIFFERENTIATED INSTRUCTION IN ESP CLASSES

Rakhimova Sh.A.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Many teachers confront a two-peak phenomenon in their classes, where one third of the students have never studied English, while another third may already have gained some knowledge in English, especially in ESP classes. This phenomenon requires a way to plan and implement differentiated instruction methods in the curriculum to reflect the reality that learners differ in important ways. When teachers differentiate instruction, they consciously and conscientiously make the content, processes, and learning outcomes of instruction accessible to all students, regardless of age, gender, ethnicity, language, or differing abilities. One technique for differentiated instruction that I always like to employ in my classes is the strategy to improve reading comprehension known as Question Answer Relationships. Shortly, QARs are extremely effective in enhancing learner's reading comprehension and questioning skills at different levels. They comprise an established method that involves applying questioning strategies to texts in order to improve reading comprehension. There are four types of questions: (1) Right There questions have only one answer that can be found at one place in the reading text; (2) Think and Search questions have answers that can also be found in the text, but because there may be more than one correct answer, students must put different parts of a story together for answering them; (3) Author and You questions are not answered directly in the text and require the reader to read between the lines, using prior knowledge and information from the text to make inferences; and (4) On Your Own questions are related to students' experiences and feelings on a topic and can be answered without reading the text.

An adaption of a such kind of method to prepare students for standardized tests uses a "traffic light" analogy with three types of questions: (1) Green Light questions are the simplest kind, where students can go to one spot in the text to find the answer; (2) Yellow Light questions oblige students to slow down and proceed with caution as they take time to look in more than one place in the text to assemble an answer; and (3) Red Light questions compel readers to stop and think about the text and about what they already know, as the answer cannot be found solely in the text. Learners must have a clear understanding of what was read and use their prior experience and knowledge to answer Red Light questions.

Benefits of using them can be a part of any literacy program designed to help students become strategic, independent readers. In my ESP classes reading comprehension training with QARs were conducted with the third-year students at three levels of achievement (low, average, and high) and was followed by class-wide peer-assisted sessions for learners to practice asking and answering questions. The study concluded that the students' performance on both answering and asking comprehension questions was improved through the use of QAR.

АНАЛИЗ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ОСНОВА ПРОГНОЗА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Рахманова Д.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В снижении заболеваемости железодефицитной анемией, в частности, у детей важное место занимает мониторинг статуса железа их матерей в период беременности по показателям, отражающим не только гемоглобинообразование в организме беременной женщины, но и по показателям, отражающим запасы железа в организме- трансферрину и ферритину сыворотки крови. Аномальные изменения последних, отражающие недостаточ-

ное депонирование железа в организме беременной, позволяют зафиксировать и недоста-точность депонирования антенатальных запасов железа у плода и таким образом, прогно-

зировать риск развития железодефицитных состояний у детей в раннем возрасте.

Цель исследования-разработать способ прогнозирования риска развития железодефи-

цитных состояний у детей раннего возраста на основе анализа показателей обмена железа у их матерей в период беременности.

Материалы и методы исследований. В работе анализировали сыворотки крови беременных женщин в период третьего триместра беременности. В работе использовали количественные методы анализа таких феррокинетических показателей как трансферрин и ферритин.

Результаты и обсуждение. Обоснованность прогноза риска развития железодефицит-

ных состояний у детей в первый год жизни объясняется тем, что между величиной запасов железа у беременной женщины и величиной запасов железа у плода существует прямая коррелятивная связь, т.е. чем меньше запасы железа у матери, тем меньше запасы железа у плода и тем больше риск развития железодефицитного состояния у ребенка после рождения в первый год жизни. Прогнозирование осуществляется путем определения в третьем триместре беременности содержания трансферрина и ферритина, являющихся чувствительными маркерами запасного фонда железа в организме беременной женщины, а так как именно запасы железа в организме беременной женщины в конечном итоге определяют величину запасов железа у плода, закладываемых в антенатальный период, то при выявлении увеличения содержания трансферрина в сыворотке крови беременной выше нормы (больше 4.00 г/л) и снижении содержания ферритина в сыворотке крови ниже нормы (ниже 20.0 мкг/л) прогнозируют развитие железодефицитного состояния у родившихся детей в первый год жизни. Проведенный статистический анализ развития железодефицитных состояний у детей первого года жизни в сопоставлении со статусом железа у их матерей в период беременности показал, что у всех детей, матери которых в третьем триместре беременности имели железодефицитную анемию, уже в первом полу-

годии жизни развивался железодефицитный эритропоэз, манифестирующий снижением

уровня гемоглобина у детей.

Выводы. Для использования в клинической практике предложен способ прогнозирования риска развития железодефицитных состояний у детей раннего возраста на основе анализа статуса железа их матерей в третьем триместре беременности.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРО- И МАКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ХОРЕЗМСКИХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОМ СОСТОЯНИИ

Рахманова Д.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Железодефицитные состояния имеют высокую распространенность в различных регионах Республики Узбекистан. Одной из основных причин развития и широкого распространения железодефицитной анемии среди женщин фертильного возраста является алиментарный дефицит железа. В то же время, как показывает практика в реальной жизни, т.е. в клинике заболеваний, нарушений нормального развития, условий для возникновения каких-либо монодефицитов просто не существует. Даже если можно

себе представить наличие такого дефицита, например, дефицита иода на эндемической территории, то уже очень скоро произойдет вмешательство монодефицитного состояния в усвоение и метаболизацию других нутриентов и монодефицит обязательно превратится в групповой или комплексный. В силу этого кооперативное изучение различных нутриентов, в первую очередь, имеющих прямое отношение к гемопозу, приобретает важное научно-практическое значение.

Цель исследования- изучение ряда показателей микро- и макроэлементного статуса организма у здоровых женщин фертильного возраста и женщин с железодефицитным состоянием, проживающих в зоне южного Приаралья.

Материалы и методы исследования. Обследовали 48 женщин с нормальным гемоглобиновым здоровьем в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст – 23.6 лет) и 46 женщин с железодефицитным состоянием в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст- 31.7 лет). Микро- и макроэлементный статус организма женщин фертильного возраста анализировали с использованием количественных колориметрических методов. Результаты обрабатывали методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Анализ микроэлементного статуса у здоровых женщин фертильного возраста и женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием показал явную гипoferремию, гипоцинкемию и гипокупремию у женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием. Так, уровень сывороточного железа у женщин с железодефицитом значительно снижен в среднем до уровня 11.5 ± 0.24 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 8.7 мкмоль/л (min) до 13.9 мкмоль/л (max) в сравнении с уровнем сывороточного железа у здоровых женщин-в среднем 18.0 ± 1.18 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 13.6 мкмоль/л (min) до 25.6 мкмоль/л (max) ($p < 0.001$). У женщин фертильного возраста с железодефицитом уровень сывороточного цинка также значительно снижен в среднем до уровня 13.3 ± 0.21 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 9.4 мкмоль/л (min) до 15.6 мкмоль/л (max) по сравнению с уровнем цинка в сыворотке крови у здоровых женщин в среднем 19.4 ± 0.47 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 14.1 мкмоль/л (min) до 25.9 мкмоль/л (max) ($p < 0.001$). Уровень другого эссенциального гемопозитического микроэлемента меди у женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием также снижен по сравнению с аналогичным показателем у здоровых женщин. Так, в среднем у женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием уровень сывороточной меди составляет 9.3 ± 0.3 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 6.4 мкмоль/л (min) до 12.4 мкмоль/л (max), тогда как у здоровых женщин уровень сывороточной меди в среднем составляет – 14.9 ± 0.35 мкмоль/л при размахе колебаний этого показателя от 10.2 мкмоль/л (min) до 19.0 мкмоль/л (max) ($p < 0.001$). Сопоставительный анализ по содержанию эссенциальных гемопозитических микроэлементов у женщин фертильного возраста позволяет сделать вывод, что в среднем уровень цинка в сыворотке крови превалирует над уровнем железа, а уровень и цинка и железа превалирует над уровнем меди в сыворотке крови. В содержании еще одного микроэлемента магния нами не выявлены статистически достоверные различия между здоровыми женщинами и женщинами с дефицитом железа ($p > 0.05$).

В содержании важного макроэлемента кальция в сыворотке крови также не выявлены достоверные отличия в содержании этого макроэлемента ($p > 0.05$).

Характерным феноменом для женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием является гипертрансферринемия, т.е. компенсаторное повышение содержания железотранспортного белка в сыворотке крови на фоне гипoferремии. Так, в среднем содержание этого белка в сыворотке крови у этих женщин составляет 3.65 ± 0.03 г/л при размахе колебаний этого показателя от 3.65 г/л (min) до 4.24 г/л (max), тогда как у здоровых женщин этот показатель составляет в среднем 3.27 ± 0.01 г/л при размахе колебаний этого показателя от 3.00 г/л (min) до 3.60 г/л (max) ($p < 0.001$).

Насыщенность общего пула сывороточного трансферрина железом у женщин фертильного возраста с железодефицитным состоянием явно снижена и составляет в среднем только $11.9 \pm 0.34\%$ при размахе колебаний этого показателя от 8.0% (min) до 15.5% (max), тогда как у здоровых женщин показатель насыщенности трансферрина железом в среднем составляет $22.6 \pm 0.71\%$ при размахе колебаний этого показателя от 15.3% (min) до 34.6% (max) ($p < 0.001$).

Выводы. Проведенное сравнительное изучение некоторых показателей микро- и макро-элементного статуса организма женщин фертильного возраста показывает, что развитие железодефицита в организме объективно приводит к значительным изменениям в показателях, отражающих состояние микроэлементного статуса организма. Данный феномен возможно использовать в мониторинге состояния организма женщин фертильного возраста, в мониторинге эффективности проводимых мероприятий у этих женщин на фоне развивающегося у них дефицита железа.

ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА УРГЕНЧ

Рахманова С.С., Казаков Х.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Фактическое питание большинства населения не соответствует принципам здорового питания из-за потребления пищевых продуктов, содержащих большое количество жира животного происхождения и простых углеводов, недостатка в рационе овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов, что приводит к различным патологическим состояниям.

Цель работы: оценка питания школьников на основе анализа суточного рациона питания методом 24-часового воспроизведения.

Материалы и методы: В исследование включено 48 школьников в возрасте от 13-14 лет, обучающихся в средней школы № 3 г. Ургенч, из них мальчики - 15, девочки - 33. Подростки из 7-го и 8-го классов ходили на занятия со второй смены - с 14 ч и до 19.10 ч вечера. Исследование проводилось на основе анкетирования с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания. Полученные данные обработаны пакетом статистических программ в SPSS -17.

Результаты: По данным анкетирования было выявлено, что большинство детей питались как обычно. Один ребенок отметил, что соблюдает диету по рекомендации врача. Из анкет выявлено, что большая часть (73%) подростков питалась 3-4 раза в день. Шесть человек отметили, что поели в тот день 2 раза. Позавтракали большинство (94%) школьников. Половина опрошенных детей завтракают с 7.30 до 10 утра. Школьники предпочли на завтрак бутерброд, яичницу, хлопья, йогурт. Пять школьников на завтрак кушают шоколадку. Около трети детей получают дома второй завтрак: печенье, пирожки, каши и мясные блюда. Подавляющее (83,7%) большинство подростков обедали в школьном буфете. Меню состояло из выпечки (сосиска в тесте, пицца), хлебобулочных изделий, йогурта, сока, шоколада. Полдник также получали в школе. Ужинали дома практически все дети. Часто на ужин подростки получали макароны или крупы с мясом, реже овощи с мясом.

При оценке рационов питания подростков не было установлено соответствие принципу количественной полноценности питания. Энергетическая ценность рационов питания подростков была ниже рекомендуемых величин (таблица 1, 2). У мальчиков и девочек у 7-го класса организм был обеспечен энергией на 68-65%. Калорийность питания школьников 8-х класса составляет 59-55%. Выявлено, что не соблюдался и принцип качественной полноценности рациона питания. Содержание белков в рационах питания было ниже нормы и покрывало возрастную потребность на 66-75%, при этом наиболее выраженный недостаток был выявлен у девушек 8-го класса. Содержание жиров в

рационе питания подростков колебалось от 50,4% возрастной нормы у девушек и до 77% от нормы у юношей. Содержание углеводов составило 43-45% суточной потребности.

Вывод: оценка фактического питания у подростков показала наличие дефицита основных компонентов пищи, несбалансированность по нутриентному составу, а также снижение энергетической ценности суточного рациона. Обеспеченность организма энергией, и нутриентами у мальчиков составило на 75%, у девочек - 64% от суточной потребности. Необходимо обучать семьи и самих подростков культуре питания. При нерациональном питании вводить дополнительные дотации витаминов, микро- и макроэлементов.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Рахметова М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что дефицит йода в организме человека приводит к снижению его интеллектуального и репродуктивного здоровья. Чем раньше проявляется йододефицит, тем более выражены эти нарушения. У детей недостаток йода в организме приводит к кретинизму.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния йододефицита на умственное и репродуктивное здоровье студентов Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

Обследованы 163 студентов 4 курса Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии в возрасте 20-22 лет; из них 83 (50,9%) составляют девушки и 80 (49,1%) - юноши. Проведен клинический осмотр всех исследуемых эндокринологом, пальпация щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, анкетирование для исследования успеваемости студентов. Поскольку медицинские осмотры проводятся ежегодно, нами проведено повторное обследование этих же студентов через год. Результаты анализированы в сравнительном аспекте.

Увеличение ЩЖ отмечено у 73 студентов, что составляет 44,8 %; в том числе у 14 юношей и 59 девушек, что составляет 17,5% и 71%, соответственно. По данным УЗИ, увеличение ЩЖ отмечено у 84 студентов (51,5 %). Выяснилось, что у 42(57,5%) девушек, страдающих патологией ЩЖ, имеют место нарушения менструального цикла, а именно: альгоменорея – у 8 девушек, олигоменорея – у 11, полименорея – у 14 из них. У одной девушки отмечается первичная аменорея и у двоих юношей – явно выраженный гипогонадизм, сочетающийся с ожирением у одного из них, а у другого- с патологией гипофиза.

Для выяснения когнитивных отклонений обработаны данные анкетирования, которые разделены на две группы. В первую отнесены респонденты с увеличением ЩЖ 1 и 2 степени (73 студента), во вторую – без зоба (90 студентов). В первой группе 40 студентов (54,8 %) отмечают явное снижение памяти, 23 (31,5 %) - затруднение при запоминании читаемого материала, 30 (41,1 %) - быструю утомляемость, 40 (54,8 %) - сонливость на занятиях. Во второй группе аналогичные жалобы предъявляют 14(15,6 %), 8(8,9 %), 8(8,9 %) и 21(23,3%), соответственно. Итак, более половины студентов с зобом (54,8 %) отмечают явное снижение памяти, тогда как среди студентов без зоба аналогичные жалобы предъявляют 15,6% опрошенных. Среди первой группы на «отлично» успевают 26 студента – 35,6%, тогда как во второй (среди здоровых) – эти цифры составляют 60(66,7%).

Повторное обследование этих же студентов через год выявило уменьшение зоба на 1,2%. Выяснилось, что нарушения менструального цикла, один из критериев нарушения репродуктивного здоровья, значительно не уменьшились по сравнению с прошлогодними данными. Что касается интеллектуальных сдвигов, то заметны значительные улучшения.

Таким образом, дефицит йода в организме приводит к заметному снижению интеллектуального и репродуктивного здоровья молодежи, что необходимо учитывать при проведении мероприятий по оздоровлению подрастающего поколения, а также при обучении студентов.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА

Рахметова М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что эндокринная патология характеризуется полисиндромными клиническими проявлениями, в том числе нарушениями сексуального и репродуктивного здоровья человека. Из года в год в практике врача-эндокринолога все больше лиц с эндокринным бесплодием, при обследовании которых диагностируются опухоли гипоталамуса и гипофиза. Известно, что аденомы гипофиза (пролактиномы, соматотропиномы, кортикотропиномы, гонадотропиномы, тиреотропиномы) поражают практически все органы и системы организма, в том числе отрицательно влияют на репродукцию.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния выявленных аденом гипофиза на репродуктивное здоровье мужчин и женщин.

Проведено клиническое обследование 20 больных аденомами гипофиза. Верификация диагноза проводилась на основании клинических проявлений болезни, УЗИ, результатов магнитнорезонансной томографии (МРТ), или компьютерной томографии (КТ), ИФА исследования сыворотки крови на определение уровня тропных и периферических (эстрогены, тестостерон, кортизол) гормонов. По клиническому симптомокомплексу отдельно изучены больные с репродуктивными нарушениями.

Гендерный анализ показал, что у женщин в три раза чаще встречаются микроаденомы [2:6]. Только трое из них имели детей, остальные обратились с жалобами на нарушение детородной функции. Все обследованные женщины имели нарушения менструального цикла. Гиперпролактинемия выявлена у 87% женщин, 30% пациенток имели вторичное бесплодие. У 60% обследованных женщин диагностирован СПКЯ.

Из анамнеза уточняли давность определения опухоли: один пациент с микроаденомой болен более 5 лет, у остальных микроаденома обнаружена 2-3 года назад; у двоих пациентов, имеющих гигантскую опухоль, давность установки диагноза – 2-2,5 года; тогда как у четверых опухоль диагностирована в течении 5,7,8,9 лет. Все больные с макроаденомой гипофиза больны более 5 лет. Именно у них репродуктивные нарушения обнаружены в 100% случаев. Исследование возрастных особенностей показало обнаружение опухоли более всего в возрастной группе 40-50-летних. Обнаружено, что размер опухоли и клинические проявления не зависят от возраста: опухоль поражает людей активного трудоспособного возраста, но может быть как у подростков, так и пожилых людей. Давность заболевания не влияет на размер опухоли.

Нет зависимости размера опухоли от возраста, но есть гендерные различия, коррелирующие с размерами опухоли: микроаденомы преобладали у женщин, тогда как гигантские аденомы - у мужчин. Репродуктивные поражения в той или иной степени обнаружены у 95% больных с аденомой гипофиза.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования. Улучшение диагностики, хирургического лечения и профилактики эхинококкоза печени.

Материал и методы. В основу настоящей работы положен анализ результатов диагностики и лечения больных с эхинококкозом печени на базе кафедры хирургии Ургенчского филиала ТМА за период с 2010 г. по 2018 г.. Исследование проведено в два этапа.

На первом этапе работы проведено ретроспективное исследование клинического материала за 2010-2017 годы (8 лет). Объем наблюдения составил 59 (22,6%) больных рецидивным эхинококкозом печени.

На втором этапе работы проведено проспективное исследование клинического материала за 2010-2018 годы (9 лет). Объем наблюдения составил 202 больных первичным эхинококкозом печени.

Результаты. Наибольшее число рецидивов приходится на следующие районы: Хива, Ханка, Хазорасп. Кроме того, рецидивы заболевания встречены у больных, оперированных в других регионах Республики. Рецидив эхинококковой кисты печени в большинстве случаев (исключение составляют резидуальные кисты) развивается в одинаковые сроки, то есть, понятие, что рецидив появляется в разные сроки, является неправильным. Это зависит от того, как долго и в каком количестве пациент принимал препараты альбендазола, от его иммунной системы, от расположения кисты, величины и осложнений. Поэтому больные обращаются в разные сроки. Когда рецидив эхинококкоза начинает беспокоить больного обследование УЗИ и КТ подтверждает рецидив эхинококкоза, но больные, исходя по различным обстоятельствам, обращаются в больницу в разные сроки.

В среднем рецидив наступил в течение $5 \pm 0,63$ года. Повторные рецидивы наступили у 28 больных в течение $4 \pm 0,53$ года.

Обсуждение. Ретроспективный анализ историй болезни выявил, что для обработки остаточных полостей использовали 5% раствор йода, 96⁰-этиловый спирт. В последующем с 2015 года нами для обработки остаточных полостей стала применяться следующая схема: обработка 5% раствором йода, 70⁰-этиловым спиртом, 0,02% раствором Декасана. Кроме того, при средних и больших размерах остаточной полости и внутрипеченочном расположении использовали ультразвуковую кавитацию аппаратом «SIGMA-01», 1990 (Франция) частотой излучения 26,4-26,6 КГц.

Выводы. Использование данного метода и послеоперационный мониторинг в течение трехлетнего срока показал, что число рецидивирований намного снизилось, что позволяет считать данный метод операций перспективным и не требующим больших экономических затрат.

УЛУЧШЕННЫЙ ЭФФЕКТ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Рузиев А.Э., Рузиев А.А.
Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность. Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей, гнойные заболевания пальцев и кисти занимают первое место, составляя 15-31% от всех

впервые обратившихся к хирургу больных. По статистическим данным 61% всех гнойных заболеваний мягких тканей приходится на кисть.

Цель исследования. Обосновать эффективность лимфотропной антибактериальной терапии в комплексе лечения гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. На амбулаторном обследовании и лечении проходили 97 больных с различными формами панариция (кожный, подкожный, околоногтевой, подногтевой и паронихия) в условиях хирургического кабинета семейной поликлиники № 9 при Бухарской городской медицинской объединении в период с 2013 по 2019гг. Все больные разделены на 2 группы. В I-основную группу входили 50 больных, а во II-контрольную группу 47. Всем больным применялись одинаковые методы исследования: осмотр, зондовая пальпация пораженного пальца, рентгенография. Всем больным I группы сразу же после операции, иногда перед операцией, начали лимфотропную терапию, которая выполнялось следующим образом: в первый межпальцевый промежуток на глубину 1,5-2,0 сантиметра (в клетчаточные пространства ладони) с тыльной стороны пораженной кисти ввели 16-32 ед. лидазу растворив ее в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. Через 3-4 минуты, не вынимая иглы, ввели 80 мг гентамицина, разведенного в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. Лимфотропную терапию продолжали в течение 3-5 дней, 1 раз в сутки. Остальную часть антибиотика ввели внутримышечно.

Результаты. У всех больных I группы длительность лимфотропной лечения составляла $5 \pm 1,5$ дней. Длительность лечения II-группы больных составляла в среднем $8 \pm 1,5$ дней. Такое неровное течение послеоперационного периода ощутимо затягивало сроки лечения.

Таким образом, лимфотропное введение антибактериального препарата позволяет увеличить продолжительность его терапевтической концентрации непосредственно в очаге воспаления, так как созревающие в лимфатических узлах лимфоциты способны адсорбировать на своей поверхности действующее вещество и доставить его в зону лимфатической инфильтрации воспалительного очага. На фоне этого лимфотропная терапия позволяет выполнить эффективную санацию очага воспаления, сократить сроки лечения и обеспечить экономический эффект при социально значимом и частом заболевании, как гнойно-воспалительные заболевания пальцев кисти.

ОМФАЛОЦЕЛЕ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЙЎЛДОШ НУҚСОНЛАРНИ УЧРАШИ

Рўзматов И.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Омфалоцеле билан туғилган чақалоқларда йўлдош нуқсонлар учрашини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 2006 йилдан 2017 йилгача бўлган омфалоцеле ташхиси қўйилган 103 нафар чақалоқ бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Чақалоқларнинг 84 (82%) таси вақтида туғилганлар, 19 (18%) таси эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Чақалоқларнинг 24 (23,3%) нафарида катта ўлчамли омфалоцеле, ўрта ўлчамдаги омфалоцеле - 39 (37,9%) тасида ва 40 (38,8%) та чақалоқларда кичик ўлчамдаги омфалоцеле аниқланди. Кузатувимизда бўлган беморларнинг 44 (42,7%) тасида қўшимча кўп сонли аномалиялар аниқланди, 59 (57,3%) тасида эса омфалоцеле ягона ривожланиш нуқсони бўлди. Биз беморларни икки гуруҳга

бўлиб ўргандик таққослов гуруҳ (2006–2010й) ва асосий гуруҳ (2011–2017й). Беморларнинг 48 нафарини таққослов гуруҳидаги чақалоқлар, 55 нафарини эса асосий гуруҳидаги чақалоқлар ташкил қилди.

Таққослов гуруҳида 48 та беморда 16 (33,3%) та, асосий гуруҳда эса 55 та беморда жами 20 (36,4%) та алоҳида нуқсонлар аниқланди.

Омфалоцеледа кўпламчи йўлдош нуқсонлар 103 та бемордан 8 (7,8%) нафарида учради ва улар даво натижасига ўз таъсирини кўрсатди. Шуни таъкидлаш лозимки, бир пайтнинг ўзида бир нечта кўплаб нуқсонлар аниқланган 8 та бемордан 6 (75%) нафарида летал ҳолат кузатилди, 2 (25%) нафарида эса эрта ташхис қўйилгани ва оптимал даво усули танлангани сабабли операциядан кейин қониқарли натижага эришилди. Чунончи, 24 та катта ўлчамли омфалоцеле бўлган болаларнинг 23 (95,8%) тасида кўп сонли нуқсонлар борлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда омфалоцеле ўлчами ва йўлдош нуқсонлар орасида боғлиқлик аниқланди, яъни омфалоцеле ҳажми қанчалик катта бўлса, йўлдош нуқсонларнинг учраш ҳолати шунча юқори бўлди. Йўлдош ва кўп сонли ривожланиш нуқсонларни учраши кўпроқ (95,8%) катта ўлчамли омфалоцеледа кузатилди.

ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Рўзматов И.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Омфалоцелени даволаш натижаларининг қиёсий таҳлилини ўрганиш.

Материал ва усуллар. 2006-2017 йиллардаги 103 нафар чақалоқ омфалоцеле ташхиси билан бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Биз беморларни икки гуруҳга бўлиб таҳлил қилдик 2006-2010 йилларда даволанган 48 нафар чақалоқ таққослов гуруҳида, асосий гуруҳида эса 2011-2017 йилларда даволанган 55 нафар бемор болалардир. Чақалоқларнинг 45 (44%) нафарини қиз болалар, 58 (56%) нафари эса ўғил болалар ташкил қилди. Болаларнинг 84 (82%) таси вақтида туғилганлар, 19 (18%) таси эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Омфалоцеле билан касалланган 103 та чақалоқдан 91 (88,3%) тасига оператив даво ўтказилди: 77 (84,6%) тасига радикал оператив муолажа ўтказилди, 14 (15,4%) тасига эса босқичли хирургик даво усули қўлланилди. 12 (11,7%) беморга консерватив даволаш ўтказилди. Консерватив даволаш ўтказилишига сабаб, уларда операцияга монелик қилувчи қўшимча кўплаб нуқсонлар бор эди.

Таққослов гуруҳидаги 48 нафар чақалоқларнинг 38 (79,2%) тасига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ушбу гуруҳдаги жами 48 бемордан 11 (23%) нафари операциядан кейин, 10 (20,8%) нафари эса консерватив даводан кейин нобуд бўлди. Шундай қилиб, мазкур гуруҳда ўлим 21 (43,8 %) нафарни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги 55 нафар беморнинг 53 (96,4%) тасида жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Ушбу гуруҳда 44 (80%) бемор даволаниб чиққан, 11 (20%) нафари нобуд бўлган. Асосий гуруҳда даволаниб чиққан беморлар сони 23,8% га ошган, ўлим ҳолати 1,9 баробарга камайган.

Хулоса қилиб айтганда, омфалоцелени даволаш натижаларини қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, таққослов гуруҳида ўлим 21 (43,8 %) нафарни ташкил этган, асосий гуруҳда даволаниб чиққан беморлар сони 23,8% га ошган, ўлим ҳолати 1,9 баробарга камайганлиги аниқланди ва даволаш натижаларининг яхшиланганлиги намоён бўлди.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Рузматов П.Ю. Умаров З.З.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Одной из нерешенных проблем хирургии остается лечение распространенного перитонита (РП). Первым предметом дискуссии является эффективность различных антисептиков при санации брюшной полости. На современном этапе имеется много различных антисептиков, которые применяются при перитоните. Однако их использование малоэффективно в связи с кратковременностью действия и быстрой инактивацией в условиях воспаления [Савельев В.С.-2006]. Кроме того, применение сильнодействующих антисептиков, в частности наиболее распространенного водного раствора натрия гипохлорита, может приводить к повреждению мезотелия брюшины и развитию в дальнейшем спаечного процесса в брюшной полости [Ерехин И.А.-2000].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения РП путем применения для санации брюшной полости (СБП) с антисептическим раствором (АР) Декасан с использованием водорастворимых мазей.

Материал и методы. Нами проведено анализ результатов комплексного обследования и лечения 32 больных РП, находившихся на лечении в хирургическом отделении Хазараспской РМО с 2017 по 2018 гг. Мужчин было 25, женщин — 7. Возраст больных колебался от 5 до 69 лет. Все больные разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 12 больных (10 мужчин и 2 женщин), с традиционным методом СБП. Вторую основную группу составили 20 больных (16 мужчин и 4 женщин), которым использовали СБП АР Декасан и водорастворимые мази левомеколь. Эффективность лечения оценили по количеству послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. Число послеоперационных осложнений в контрольной группе было больше чем основной группе. Использование АР Декасан, водорастворимый мазь левомеколь во время операции и послеоперационном периоде 3 дня вводили через дренажные трубку по 5-10 мл 3 раза в день. В контрольной группе послеоперационные осложнения: синдром энтеральной недостаточности 2, нагноение послеоперационной раны 6, эвентрация 1, релапаротомия 2, межпетлевые абсцессы 1. В основной группе послеоперационные осложнения: синдром энтеральной недостаточности 1, релапаротомия 1, нагноение послеоперационное раны 1. Все осложнения встречались у одного больного.

Таким образом, наши наблюдения показывают при лечении РП санация брюшной полости с АР Декасан, водорастворимый мазь левомеколь во время операции и послеоперационном периоде позволяет снизить послеоперационные осложнения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ АКУШЕРСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Рузматов П.Ю., Умаров З.З., Рузметов Б.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. Перитонит является одним из тяжелейших, нередко смертельных послеоперационных осложнений. Среди его разновидностей выделяются перитониты акушерского и гинекологического происхождения (ПАГП), так как их течение выражено неотчетливо, что является причиной поздней диагностики и запоздалого оперативного лечения [Аракелянц А.Б.-1995]. На сегодняшний день эти перитониты встречаются весьма часто и пока еще недостаточно не изучены.

Цель исследования. Снижение развития послеоперационных осложнений у больных с ПАГП путем применения маевой санации брюшной полости и современными антисептическими растворами.

Материал и методы. Обследовано 86 больных с перитонитами, развившимися на фоне акушерской и гинекологической патологии. Из них, контрольную группу составили 40 больных с традиционными методами санации брюшной полости. Основная группа включало 46 больных, у которых для санации брюшной полости использовали водорастворимые мази Левомеколь и современный антисептический раствор Декасан. Всем больным проводили общеклинические и биохимические исследования крови, микробиологические исследования перитонеального экссудата с выявлением аэробных и анаэробных возбудителей.

Результаты исследования. Сравнительный анализ распространенности перитонита по группам показал, что из 86 анализированных больных у 25 был диагностирован разлитой перитонит. Из 25 больных с разлитым перитонитом 18 относились к основной группе и лишь 7 были в контрольной группе. Диффузный перитонит выявлен у 34 больных из 86 анализированных. Из них 22 были в основной группе и 12 в контрольной.

Сравнительный анализ частоты развития послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах с перитонитами акушерского и гинекологического происхождения показал, что в контрольной группе из 40 больных у 15 в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены различные внутрибрюшные осложнения. В основной группе из 46 пациенток эти осложнения отмечены в 9 случаях. Среди них самыми грозными были абсцессы брюшной полости, которые в контрольной группе наблюдались в 5 больных из 40, а в основной группе только в 2 больной из 46.

Таким образом санация брюшной полости при перитонитах акушерской и гинекологической этиологии с использованием водорастворимых антибактериальных мазей и раствора Декасан является высокоэффективным методом лечения способствующих резкому снижению послеоперационных осложнений, что позволяет широко рекомендовать его в клинической практике.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Рўзметов У.А., Авезов А.Ў.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что люди с онкопатологиями имеют повышенный риск развития венозной тромбоэмболии. Одна из главных причин столь высокого уровня смертности - венозные тромбоэмболические осложнения.

Именно тромбоз занимает второе место среди причин смерти онкологических пациентов. Ситуация усугубляется тем, что лишь 5% онкологических больных получают адекватную тромбопрофилактику.

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭ) возникают у каждого пятого онкологического пациента независимо от стадии заболевания. Причём наличие самой злокачественной опухоли расценивается как независимый фактор высокого риска развития ВТЭ. Определенные виды рака, например, опухоли желудочно-кишечного тракта, головного мозга, легкого и даже лимфомы чаще приводят к возникновению венозных тромбоэмболических осложнений. Особенно высок риск развития тромбозов у послеоперационных пациентов и пациентов, проходящих курс химиотерапии.

По данным лабораторного изучения установлено, что в патогенезе венозного тромбоза у пациентов с онкологической патологией, наряду с триадой Вирхова (повреждение сосудистой стенки, венозный стаз, гиперкоагуляция) существуют и дополнительные механизмы развития венозного тромбоза. На основании онкогенеза установлено, что опухолевые клетки, обладая прокоагуляционной активностью непосредственно, индуцируют образование тромбина. Кроме того, опухолевые клетки опосредованно через ряд цитокинов и клетки адгезии молекул оказывают влияние на

сосудистый эндотелий и тромбоциты, способствуя тромбообразованию. «Активация свертывания крови при раке – комплексный феномен, связанный с взаимодействием клеток опухоли с коагуляционным каскадом, клетками крови и эндотелием. Злокачественные опухоли представляют собой один из видов тромбофилий, при котором тромбогенный риск возрастает при хирургических вмешательствах, химиотерапии, лучевой терапии и постельном режиме»

Таким образом, венозная тромбоэмболия – независимый негативный фактор прогноза у пациентов с опухолевыми заболеваниями, который повышает вероятность смерти у этих пациентов. Предупреждение развития венозной тромбоэмболии – один из важных шагов для увеличения выживаемости пациентов с раком.

ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.

Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45-1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (М.В.Волков, 1972., Е.П.Меженина, 1974., А.Ф.Краснов., К.А.Иванова, 1983).

Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской ортопедии Хорезмской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 2001 по 2017 гг.

Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%) отмечалась средняя, а у 14 (46,7%) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%) пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Нами проведены следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фриденда, в 10 случаях операция Крогиуса, у 4 больных операция Бойчева и у 11 пациентам операция Краснова.

Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения полученные на основании субъективного и объективного обследования расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (60%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клинико-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (16,6%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (13,3%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в коленном суставе при длительной ходьбе, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них (6,6%), оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

СОННИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Исмаилова М.О.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Соннинг туғма чиқишлари харакат-таянч аъзоларининг кўп учрайдиган туғма касаллиги бўлиб, ўз вақтида эрта аниқлаб даволанмаса оғир ногиронликка олиб келиши мумкин.

Бу касалликни ўз вақтида эрта аниқланса асосан амбулатория шароитида муваффақият билан даволаш мумкин.

2017-2018 йиллар давомида Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази шифохонасининг травматология ва ортопедия бўлимида 105 та 1 ойликдан 1 ёшгача бўлган беморлар соннинг туғма чиқишидан олдинги босқичи (прелюксация), ярим чиқиши (сублюксация) ва чиқишнинг (люксация) III-даражаси касаллиги бўйича амбулатория шароитида консерватив усуллар билан даволандилар. Буларнинг 85 тасини қиз ва 20 тасини ўғил болалар ташкил килдилар. Прелюксация 30 та беморда, сублюксация 45 тасида, 30 тасида эса чиқишнинг III-даражаси кузатилди.

Прелюксация ва сублюксация кузатилган беморлар оёқларини чанок-сон бўғимларида абдукция ва флексия ҳолатида ушлаб турадиган профилактик иштончалар, ЦИТО ва Виленский мосламалари ёрдамида даволандилар. Сонни чиқиши кузатилган беморларга, булар асосан 3 ойлик ёшдан ошганлар, Тер-Егиазаров-Шептун бўйича функционал гипсли боғлама қўлланилди.

Даволаш муддати патологиянинг оғирлик даражасига қараб, 5-10 ой давом килди. Бу вақт мобайнида беморларга массаж, физиотерапевтик муолажалар ва даволаш гимнастикаси ўтказилиб турилди.

Беморларнинг 98 тасида яхши натижалар қайд килинди. 7 та беморда сон суяги бошчасининг асептик некрози кузатилди. Булар асосан соннинг чиқиши (люксация) бўйича Тер-Егиазаров-Шептун усулида соннинг кучли аддукцион контрактураси ҳисобга олинмай даволанган, ҳамда ота-оналар томонидан даволаш режими бузилган беморлар эдилар.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Атаджанова Ш.Р.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лечение повреждений области голеностопного сустава с разрывом межберцового синдесмоза представляет собой один из актуальных вопросов современной травматологии. Переломы лодыжек встречаются очень часто и составляют 13-20% от повреждений костей голени. Переломы лодыжек относятся к одним из наиболее распространенных повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют до 20% всех переломов костей конечностей и до 60% переломов костей голени. Среди внутрисуставных переломов переломы в области голеностопного сустава занимают первое место и составляют 40%.

Цель работы: восстановить комплекс межберцового синдесмоза, точная реконструкция суставных поверхностей и сократить сроков нетрудоспособности у больных с тяжелыми переломами лодыжек.

Материалы и методы: За период с 2014 по 2018 годы в отделениетравматологии областной больницы ортопедии и последствий травм г. Ургенча находились на лечение 56 больных с переломами лодыжек, которым проведено хирургическое лечение. Эти повреждения встречаются у лиц трудоспособного возраста с 20 до 36 лет (64,3%), чаще правой нижней конечности – 39(70%), частота переломов лодыжек у мужчин - 36(64,3%), у женщин – 20 (35,7%).

Диагностику повреждений голеностопного сустава проводили по классическим методикам – рентгенография в трёх проекциях. Сравнительная рентгенография обеих голеностопных суставов под 15-20° внутренней ротацией стопы для выявления разрыва дистального межберцового синдесмоза. Для уточнения передней или задней нестабильности в голеностопном суставе рентгенографию производили в боковой проекции с дозированной нагрузкой. Всем больным проводили стандартное до операционное обследование.

Результаты. Остеосинтез лодыжек выполняли применением турникета. При переломах наружной лодыжки, оскольчатых переломах типа В проводили остеосинтез реконструктивной пластиной, метод фиксации межберцового синдесмоза выбирали во время операции в зависимости от его нестабильности при разрыве межберцовых связок завершали швом связкой (проволочный шов). При переломах медиальной лодыжки (тип С) остеосинтез завершали введением одного-двух спонгиозных винтов.

В послеоперационном периоде выполняли иммобилизацию голени и стопы задней гипсовой лонгетой на 10-14 дней, лечебную физкультуру проводили с 8-10 го дня после операции. Движения в голеностопном суставе восстанавливались в течении 6-8 недель после операции.

Для профилактики отеков применяли эластичные бинты и гольфы. Более продолжительное ограничение статической нагрузки рекомендовали при переломах типа С от 8 до 12 недель. Результаты лечения оценены у 42 больных завершавших лечение в сроки от 6-8 до 16-18 месяцев. Неудовлетворительных результатов после остеосинтеза не наблюдали. У трех больных отмечены негативные результаты, которые были обусловлены неполной репозицией заднего края большеберцовой кости и ранним развитием остеоартроза.

Выводы: дифференцированный подход к выбору метода стабильно функционального остеосинтеза при различных типах переломов лодыжек позволяет оптимизировать процесс лечения и реабилитации больных с учетом характера переломов лодыжек и обеспечивает положительный результат лечения.

СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Исмаилова М.О.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лечение переломов проксимального конца плечевой кости у детей представляет собой один из актуальных вопросов современной травматологии.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения переломов проксимального конца плечевой кости у детей на основе усовершенствования методов диагностики и внедрения в клиническую практику методов металлоостеосинтеза.

Материалы и методы исследования: За период с 2014 по 2016 годы в отделение травматологии, ортопедии и последствий травм областной больницы г. Ургенча находились на лечение 25 больных с переломами проксимального конца плечевой кости у детей. Из них от 5 до 7 лет, больных детей 2 (8%); от 7 до 11 лет- 7 (28%) больных; и в возрасте от 11 до 14 лет 16 (64%) больных.

Всем больным проведено клиническое, рентгенологическое и антропометрическое исследование до и после лечения на различных сроках.

Для оперативного лечения больных была разработана методика стабильно-функционального остеосинтеза при сохранности движения сустава.

После вскрытия области перелома, освобождается поверхность костных отломков от мягких тканей и сопоставляются. В сагиттальной плоскости под углом 120° перекрестно

проводится 2 спицы, а третья спица проводится по направлению с верхом вниз интрамедуллярно. После определения стабильности фиксации, кожа и мягкие ткани послойно сшиваются. От верхне-средней и средней трет плечевой кости во фронтальной плоскости параллельно с расстоянием 5-6 мм проводится 2 спицы и закрепляется на 2 полукольца аппарата Елизарова. После чего перекрестно, интрамедуллярно проведенные 2 спицы дугообразно сгибая закрепляется на спиц натягиватель.

Результаты: При повторном исследовании на рентген снимке наблюдалось: у 15 больных полное сращение костных отломков, у 8 больных сращение удовлетворительно, и у 2 больных медленное сращение костных отломков.

Применение функционального без иммобилизационного способа лечения с индивидуальным остеосинтезом спицами, введенными через надмыщелки плечевой кости позволяет совместить по времени консолидацию перелома с восстановлением функции плечевого сустава, получить хорошие анатомические и функциональные результаты в 96% случаев, значительно сократить длительность стационарного лечения.

O'SMA KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDAGI TROMBOEMBOLIK ASORATLAR

Ro'zmetov U.A., Avezov A.U.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

O'pka arteriyasi tromboemboliyasi - kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasi+da eng ko'p uchraydigan asosiy o'lim sababi bo'lib, har yili yuz minglab bemorlarning o'limiga olib keladi. Umumiy olganda, 70% hollarda to'g'ri tashxis qo'yilmaganligi sababli ushbu patologiyani o'rganishga bo'lgan ehtiyoj juda yuqoridir. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi davolanmagan holatlarida asosan, takroriy tromboemboliya tufayli o'lim ko'rsatkichi 30%ni tashkil qiladi. To'g'ri tashxis qo'yilib, samarali davo qilinganida o'lim ko'rsatkichi 2-8% gacha kamayadi. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi aniqlanmagan hollarda o'lim darajasi 4-6 barobar yuqori bo'ladi. Shunday qilib, o'pka arteriyasi tromboemboliyasiga tez va aniq tashxis qo'yilishi inson hayotini saqlab qolish imkonini beradi.

Olingan natijalar: So'nggi tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, venoz tromboemboliyani rivojlanishi va qizilo'ngachning saraton o'simtasini olib tashlash uchun operatsiya qilingan odamlarning omon qolishlari o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud. Ushbu ish jarrohlikdan oldin va jarrohlikdan keyingi oltinchi kundan keyin jarrohlikdan oldin bo'yin pelvisga hisoblangan tomografiya qilingan 75 bemorni qamrab oldi. Natijada, VTE belgilari bo'lgan odamlarning tirik qolish darajasi trombozga salbiy ta'sir ko'rsatmagan bemorlarga nisbatan 31% ga kamaydi. Chuqur tomir trombozi va o'pka emboliyasini o'z ichiga olgan ven tromboemboli o'sma kasalliklarga chalingan bemorlarda tez-tez uchraydigan asoratdir. Statistik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, saraton tashxisi qo'yilgan vaqtda bemorlarda yangi venoz tromboemboliya holatlarining 20% gacha tashxis qo'yilganligi aniqlandi. Bundan tashqari, venoz tromboemboliya bu bemorlarda o'lim ehtimolini oshirib, saraton kasalliklarida mustaqil prognostik omil ekanligi isbotlangan. Tromboembolik tug'ruq, estrogenlar, sintetik progestinlar, tamoksifen va aromataza inhibitörleri kabi onkolojide ishlatiladigan gormonal dorilar ta'siri ostida rivojlanishi mumkin.

Xulosa. Shunday qilib, adabiyotga oid va olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, mahalliy adabiyotda o'rganilgan savol yetarli darajada o'rganilmagan. venoz tromboemboliya saraton kasalligining eng og'ir asoratlaridan biri bo'lib, kasallikning rivojlanishini belgilaydi, gemodinamik parametrlarning dinamik monitoringi va trombozning oldini olishning farmakologik va mexanik vositalarini o'z vaqtida belgilashni talab qiladi. VTE ning rivojlanishining oldini olish saraton kasalligini saqlab qolishning muhim bosqichlaridan biridir.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗ

Рузметова Ш.Д., Тожибаева Д.М. Ахмедов Р.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Остеоартроз (ОА) - гетерогенная группа дегенеративных заболеваний суставов различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом. Основным патологическим проявлением ОА является разрушение суставного хряща. Наряду с поражением хряща в патологический процесс при ОА вовлекаются другие компоненты сустава: субхондральная кость, синовиальная оболочка, а также связки, капсула сустава, околосуставные мышцы.

Лечение ОА должно быть направлено на решение следующих задач: уменьшение боли и воспаления, снижение частоты обострений и поражения новых суставов, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования и предотвращение инвалидности. В настоящее время принята классификация антиартрозных препаратов, которые подразделяют на 3 группы: 1) симптоматические препараты быстрого действия; 2) симптоматические препараты замедленного действия (Symptomaticslowactingdrugsforosteoarthritis - SYSADOA); 3) препараты, модифицирующие структуру хряща. К этой малочисленной группе лекарственных средств относится препарат Структум (хондроитин сульфат).

Материалы и методы. Всего обследованы 30 больных ОА коленных и тазобедренных суставов. На первом этапе работы для унификации исследования была разработана специальная анкета, которая включала паспортные данные, сведения о социальном статусе, данные анамнеза, инструментального и лабораторного обследования, число обострений, госпитализаций, подробно описывались применяемые для лечения ОА препараты, регистрировались побочные эффекты и их медикаментозная терапия за предыдущий год. В анкету заносились также сведения о наличии сопутствующих заболеваний, данные осмотра больных, включающие оценку боли в суставах при движении и в покое по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональный индекс Лекена.

Структум назначали внутрь по 500 мг в день во время еды. Клиническое обследование больных проводили в начале исследования, на 3-й и 6-й месяцы лечения. Эффективность Структум оценивали по общепринятым критериям оценки препаратов для лечения ОА: суммарному индексу Лекена боли в покое (по ВАШ), при ходьбе (по ВАШ), потребности в НПВП, оценке эффективности лечения врачом и больным («лучше», «без изменений», «хуже»).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал достоверное снижение суммарного функционального индекса Лекена у больных ОА коленных и тазобедренных суставов, получавших Структум, уже через 3 мес от начала терапии и дальнейшее его снижение через 6 мес лечения ($p < 0,05$). Так, уже после 3 мес лечения индекс Лекена у больных с ОА коленных суставов уменьшился в 1,5 раза а после 6 мес - в 2 раза; при ОА тазобедренных суставов - в 1,6 и 2,5 раза соответственно.

При анализе показателей боли по ВАШ через 6 мес от начала лечения выявлено четкое влияние Структум на болевой синдром: достоверное снижение боли при движении. За время лечения уменьшилась потребность в НПВП в обеих подгруппах больных ($p < 0,05$). Переносимость Структум была очень хорошей.

Выводы. Таким образом, Структум несомненно, является перспективным препаратом для лечения ОА, он влияет на основные механизмы развития заболевания. Его использование позволяет снизить интенсивность боли, улучшить функциональную способность пораженных суставов, уменьшить потребность в НПВП, а возможно, и замедлить прогрессирование болезни.

ANALYSES OF RESULTS OF TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULA WITH SPHINCTEROPLASTY AND FISTULECTOMY IN DIFFERENT PATIENT GROUPS

Rustamov A.E., Eshmurodova D.B., Eshmurodov Sh.A.
Tashkent medical academy

In most cases, the disease is acquired in nature, much less likely to be congenital. In such cases, fistulas are distinguished by peculiar topographic and anatomical forms and methods of treatment carried out by pediatricians. The causes of rectovaginal fistula are quite diverse. The most common of them are pathological births (prolonged labor, a long anhydrous period, perineal tears) and inflammatory complications of surgical aids during obstetric care. Rectovaginal fistulas are relatively rarer due to injuries of the rectal wall during various operations on the pelvic organs, spontaneous opening of acute paraproctitis into the vaginal lumen, and traumatic damage to the rectovaginal septum. Often, rectovaginal fistulas are a complication of crohn's disease, colon diverticulosis (especially in women who have had a uterus removed).

AIM:

To evaluate the results of treatment of rectovaginal fistula with incontinence and violation of anal tonus.

MATERIALS AND METHODS:

In our investigation we analysed 28 women with different rectovaginal fistula and trauma and divided them into 3 groups according to time of operation and etiology of injury. Group 1: eighteen women with simple rectovaginal fistula due to delivery injury (64%); group 2: six cases of rectovaginal fistula that have been associated with chronic inflammatory diseases (21.4%); and group 3: four cases of failed repair attempts (14.6).

RESULTS:

All simple cases of rectovaginal fistula healed after surgery. Five patients from group 2 healed after surgery. However, 1 patient with the disease must undergo a second operation, but successfully recovered after 6 months. In contrast, 2 patients in group 3 were cured (50%), while 2 of them could not be cured and had to held third operation.

CONCLUSION:

The choice of surgery should be made in accordance with the pathology of the patient. In order to achieve good results one should take into account etiological factor as well as type of operation and pre- and post-operative management of the patient. The proper management of concomitant inflammatory diseases and systemic disorders is recommended for necessary cases.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Рустамова Х.Е., Булешов М.А., Алипбекова С.Н.

*Ташкентская медицинская академия,
Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.Яссави, г. Шымкент*

Основой благополучия общества, государства в ближайшем будущем является состояние здоровья подрастающего поколения. В Республике Казахстан, несмотря на проводимые государственные программы по оздоровлению подрастающего поколения, продолжают сохраняться тенденции роста заболеваемости детского населения, особенно значительные среди детей школьного возраста. Поэтому в реформах здравоохранения приоритетным направлением считается разработка государственных мер по сохранению и укреплению здоровья школьников. Значительное место в данной системе занимает профилактика «школьных болезней», в том числе профилактика снижения остроты зрения.

Цель исследования: изучить распространенность глазных заболеваний среди детей школьного возраста и факторы риска их возникновения.

Материал и методы исследования: В качестве объекта исследования были выбраны школы г. Шымкента. Для обеспечения репрезентативности были обследованы 10% от общего числа школьников.

Результаты исследования: В проведенном исследовании было установлено существенное увеличение распространенности миопии у школьников от начала до окончания школьного обучения, чему способствует, по мнению самих школьников и их родителей, интенсификация информационного обеспечения образовательного процесса, сопровождающегося дополнительными зрительными нагрузками. Если среди учеников первого класса только у 20% были написаны в медицинской анкете наличие аномалии рефракции как миопия, гиперметропия, астигматизм, спазм аккомодации, то уже в более старших классах эти патологии были выявлены уже более чем у половины обследованных. Офтальмопатология чаще выявлялась среди девочек. Нами изучалась роль медико-биологических, социально-гигиенических, поведенческих и других факторов на формирование миопии. При исследовании режима дня школьников на зрительное утомление жаловались 60% учащихся, причем в большинстве случаев 40% вечером. При этом многие из них параллельно жаловались на рези в глазах, головные боли. Жалобы на зрительное утомление преобладали у детей с интенсивным обучением, использовавших часто длительно компьютеры, планшеты. Необходимо отметить, что зрительное утомление увеличивалось к концу учебного года. Неблагоприятными экзогенными факторами риска миопии являются: недостаточная двигательная активность, длительное проведения времени у компьютера, нарушение режима дня, нарушение гигиенических требований к условиям учебной деятельности ребенка. Учитывая вышесказанное, очень важен поиск новых эффективных методов комплексной профилактики миопии.

БОЛАЛАРДА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛАРНИ ПЛАСТИК ЖАРРОХЛИГИДА КОМБИНАЦИЯЛАНГАН АНЕСТЕЗИЯСИ

Сабиров У.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Болаларда куйишдан кейинги чандиқларни пластик жаррохлик амалиётида севофлураннинг кенг қўлланилиши, жаррохлик амалиётдан кейинги рухий шикастланиш (травматик стресс)ларни юзага чиқмаслигини таъминлаши билан изохланади. Болаларда пластик жаррохлик пайтида анестезияни яхшилаш, севофлуран билан бирга пропофол ва фентанил (КА- камбинацияланган анестезия) қўллаш орқали амалга оширилади. Бунда кардиодепрессия бирмунча камаяди, анестетикнинг таъсири яхшиланади.

Ишнинг мақсади: Болалардаги куйишдан кейинги чандиқнинг пластик жаррохлигида қўлланилган камбинацияланган анестезия (КА) таркибидаги пропофолнинг таъсирини аниқлаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот иши 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалардаги дефармацияланган ва кенг қўламдаги куйишдан кейинги чандиқларда пластик жаррохлик амалиётида ўтказилган анестезиянинг 30та тахлилига асосланади. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди: 1-гуруҳ анестезияси сибазон (100-200мкг/кг) ва кетамин (2,5мг/кг) билан ўтказилди; 2-гуруҳ пропофол (2-3мг/кг) ва фентанил (5-10мкг/кг) билан ўтказилди. Умумий қон ҳажмининг 1% дан ортмаган қон йўқотиш билан жаррохлик амалиёти 180-240 минутни ташкил қилди. Премедикацияга атропин (0,1% 0,02мг/кг), кетомин (5% 2мг/кг) ва димедрол (1% 0,01мг/кг) қилинди. Жаррохлик амалиёти давомида қуйидагилар кузатилди: ЭКГ, пульсоксиметрия (SatO₂), периферик(ПГ) (АБс, АБд, АБ ўрта динамикаси, ЮУС) ва марказий(МГ) (ЭхоКГ) гемодинамикаси.

Натижа: SatO₂, МГ ва ПГ таққослаш натижасида 1-гурӯх беморларда кетамин (2,5мг/кг) дан кейин АБс, АБд, АБ ўрта ва ЮУС кўрсаткичлари якуний 16% га камайиши кузатилди. Шу билан бирга якуний натижада SatO₂ 12%га камайгани кузатилди. 2-гурӯх беморларида МГ ва ПГ кўрсаткичлари камайиши кузатилмади, фақат умумий периферик томирлар қаршилиги (УПТҚ) 6% гагина пасайди.

2-гурӯх беморларида анестезиянинг асосий даврида МГ кўрсаткичлари сезиларли ўзгариши кузатилди. 1-гурӯх беморларида эса анестезия даврида гемодинамик ва SatO₂ кўрсаткичлар бир маромда бўлди.

Хулоса. Шундай қилиб болалар пластик жарроҳлигида камбинирланган анестезиясини пропофол билан қўллаш самарали усуллардан бири ҳисобланади.

ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Сабилов У.С.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Сложные эндоскопические исследования и операции на трахеобронхиальном сегменте дыхательной системы в последние десятилетия стали привычными методами диагностики и лечения, а в ряде случаев альтернативой полостным операциям. Относительно короткая продолжительность эндоскопических вмешательств, высокая рефлексогенность зоны вмешательства, необходимость создания условий «хирургического комфорта» - вот неполный перечень проблем, предъявляющих особые требования к анестезиологическому обеспечению.

Цель работы. Изучение новых методик анестезиологическое, основанных на взаимодействии и комбинированном использовании некоторых современных фармакологических препаратов (натрия оксibuтират, сибазон, дитилин) для анестезиологического обеспечения различных бронхоскопических вмешательств.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов в возрасте от 1 года до 5 лет. У всех больных бронхоскопия была в плановом порядке. Мониторинг проводился с помощью монитора «ЮМ – 300» кампания ЮТАС, Украина. Мониторировались следующие показатели: неинвазивное артериальное давление (НИАД), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатели электрокардиографии (ЭКГ), пульсаваяксиметрия.

Для плановой бронхоскопии пациенты готовились так же, как для операций под эндотрахеальным наркозом, поэтому в число необходимых анализов включались следующие: общий анализ крови с дополнительным определением количества тромбоцитов, времени кровотечения и времени свёртывания крови, биохимический анализ крови, общий (разовый) анализ мочи, ЭКГ, рентгенологическое исследование грудной клетки.

Результаты. Применение стандартных методов анестезии у пациентов привело к заметному снижению гемодинамической реакции на интубации трахеи (АД на 25%, ЧСС на 30%), а к концу исследования вернуло гемодинамические параметры практически в исходное состояние (АД на 10%, ЧСС на 15%). Но у пациентов с применением натрия оксibuтирата в сочетании с дитилином и сибазоном, более рано выходили из наркоза и могли транспортироваться в послеоперационную палату (АД на 5%, ЧСС 10%).

Выводы. Применения при бронхоскопии натрия оксibuтирата в сочетании с дитилином и сибазоном привело к более гладкому течению и уменьшению осложнений после бронхоскопии. Выявленные показатели гемодинамики для оценки анестезиологического пособия при бронхоскопии показывают в точных цифрах эффективность комбинированной анестезии.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖДА

Салаева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В хронологический период детства, в целом детский организм существует в состоянии ферростресса, когда возникает явное несоответствие между значительно возрастающими потребностями развивающегося детского организма в этом металле, в связи с ростом, увеличением объема циркулирующей крови, с другой стороны же все используемые пищевые диеты, содержат ограниченные (маргинальные) количества железа вообще, тем более железа усвояемого в желудочно-кишечном тракте, что бывает недостаточным для нормального обеспечения растущих физиологических потребностей детского организма в этом металле. Кроме того, необходимо учитывать еще одну составляющую интегрального показателя нормального баланса железа в организме – запасы железа в этом организме, которые, как правило, также недостаточны для обеспечения поддержания гомеостаза железа в организме детей.

Цель исследования-изучить метаболизм железа у городских детей дошкольного возраста со средней степенью ЖДА по показателям, характеризующим функциональные фонды железа в организме-плазменный и запасный.

Материалы и методы исследований. Методом случайного бесповторного отбора обследовали городских 29 детей, у которых по уровню общего гемоглобина крови ($<90,0$ г/л $>70,0$ г/л) была классифицирована средняя степень ЖДА.

Результаты и обсуждение. У данных детей уровень общего гемоглобина в среднем составлял $83,3 \pm 0,73$ г/л при дисперсии этого показателя от $76,0$ г/л (min) до $88,0$ г/л (max), т.е. этот показатель соответствует средней степени ЖДА. В целом следует отметить, что при средней степени железодефицитной анемии у детей имеют место значительные флуктуации в метаболизме железа у них в организме. Так, уровень сывороточного железа у этих детей значительно снижен, в среднем составляет $5,40 \pm 0,26$ мкмоль/л при дисперсии этого показателя от $3,06$ мкмоль/л (min) до $7,50$ мкмоль/л (max). На фоне значительной гипоферремии в сыворотке крови у обследованных городских детей выявлена патологическая гипертрансферринемия, в среднем уровень иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови у этих детей составляет $4,72 \pm 0,03$ г/л при дисперсии этого показателя от $4,40$ г/л (min) до $5,10$ г/л (max). Такая выраженная гипертрансферринемия у этих детей носит, как видно, компенсаторный характер и направлена на ускоренный оборот железа в организме, наиболее полную его доставку в эритроцит для нужд гемоглобинового синтеза. На фоне такой гипертрансферринемии имеет место незначительная насыщенность этого белка в крови железом, в среднем, коэффициент насыщения трансферрина железом составляет $4,7 \pm 0,22\%$ при дисперсии этого показателя от $2,5\%$ (min) до $6,7\%$ (max). Запасы железа в среднем у детей со средней степенью ЖДА составляют всего $51,36 - 64,20$ мг железа. Анализ изотрансферринового спектра сыворотки крови у детей со средней степенью ЖДА показал значительный количественный сдвиг спектра – апотрансферрин – моноферриттрансферрин – диферриттрансферрин влево в сторону апо- и ненасыщенных изотрансферринов, так общая доля апотрансферрина в пуле трансферрина сыворотки крови возрастает до 80% , при снижении доли диферриттрансферрина до величин малозначимых для эритропоэза (в среднем доля диферриттрансферрина снижается до $4 - 5\%$ от общего пула иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови).

Выводы. Изучен метаболизм железа у детей дошкольного возраста, с диагностированной средней степенью железодефицитной анемии, постоянно проживающих в г.Ургенче по показателям, отражающим состояние плазменного и запасного фондов железа в организме.

БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Салаева З.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жихатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкомик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади. Лимфоцитар лейкозда патоморфологик ўзгаришлар дастлаб аъзоларнинг строма-томир тузилмаларида пайдо бўлиб, кейин паренхимасига тарқалиб боради.

Ишнинг мақсади. Ёш болалар лимфолейкози касаллигининг хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш олинди.

Текшириш натижалари. Трепанобиопсия материалида, яъни суяк кўмиги ўрганилганда маълум бўлдики, лейкознинг ривожланиш даражасига қараб, агар энгил формаси бўлса лейкозга хос бласт хужайралар ўчоқли кўринишда тўпланган, оғир формасида эса суяк кўмигининг деярлик барча соҳасини эгаллаб, диффуз ҳолда инфильтрацияланган. Кўпинча қон қуйилиш ўчоқлари, некрозлар, суяк кўмиги бошқа хужайраларининг гипоплазияси аниқланади.

Болалар лимфоцитар лейкозида патоморфологик жихатидан ўзига хос белгилари суяк кўмигидан бошлаб, тимус, талок, лимфа тугунлар ва хатто жигарда ҳам мавжудлигини таъкидлаш мумкин. Суяк кўмигида касаллик аксарият ҳолларда ўчоқли лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади ва лейкознинг бошқа турларидан шу белгиси билан фарқ қилади. Тимусда эса маълумотлар аниқ, яъни асосан Т лимфоцитар лейкозда лейкомик инфильтрация тимуснинг оралик тўқимасидан бошланиб, кейин паренхимасига тарқалади ва кўпинча пўстлоқ қаватини лейкомик инфильтрация босиб кетади. Талокдаги ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар шундан иборатки, лимфоцитар лейкознинг турига қараб, Т лимфоцитар лейкозда асосан маргинал майдон ва периартериал майдон лейкомик инфильтрацияга учраса, В лимфоцитар лейкозда ўзгариш маргинал майдондан бошланиб, кейинчалик лимфоид фолликулаларни тўлиқ эгаллайди.

Хулоса: 1. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жихатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади.

2. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкомик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади.

БОЛАЛАР ОРАСИДА АНЕМИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИДАГИ ТИББИЙ – ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ

Салаева З.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Кириш. Болалар орасида анемия, айниқса темир танқислиги анемиясининг кенг тарқалиши ва унинг асоратлари: болаларнинг ривожланишдан орқада қолиши, асаб тизими касалликлари, овқат хазм қилиш касалликлари, буйрак касалликларига олиб келиши, организмдаги модда алмашинувининг сусайиши ҳисобига иммунитетнинг пасайиб кетиши ва болалар орасида бошқа турли хил касалликларнинг кўпайиши ҳам

бугун ўта мухим тиббий – ижтимоий, иқтисодий ва сиёсий муаммоларни келтириб чиқаради.(Атаниязова О.А. - 2001).

Текширув масади. турли хил мамлакатларда болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиши ва унинг асоратларига, шунингдек унинг профилактикасига йўналтирилиб амалга оширилган илмий изланишлар натижаларини адабиётларни ўрганиш усули билан тахлил қилишдан иборат.

Натижалар. Қозоқистонда фертил ёшидаги ва болаларда анемия касаллигининг тарқалганлигини ўрганиш бўйича илмий тадқиқот натижаларига қараганда, тадқиқот дастурига асосан ўрганилган 1303 та фертил ёшидаги аёллар, 1318 та болалар ўрганилганда, 5 ёшгача бўлган болалар орасида темир танқислиги анемияси–35,2% ўрганилганларда, шу жумладан 53,6% ида-енгил, 45,1% ида – ўртача, ва 1,3% ида оғир даражадаги анемия касаллиги ташхисланган. Бу ўз навбатида ўсиб келаётган авлод соғлигига жуда ёмон хавф туғдириши қайд этилади. Муаллифларнинг илмий хулосаларида таъкидлашларича, туғиш ёшидаги хомиладор бўлмаган аёлларда анемиянинг тарқалиши 39 % ни ташкил этган. 6 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда 53,3 %, хомиладор аёлларда 43,8% ни ташкил этиб, бу кўрсаткич жамоатчилик саломатлигига юқори хавф кўрсатувчи омил ҳисобланади. (Смагулова И.У., Шарманов Т.Ш ва б. - 2013).

Мактаб ёшидаги болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиш даражасини эрта аниқлаш алгоритми бирламчи скринг усули Самарқанд вилояти Самарқанд шаҳридаги 2 та интернат ўқувчиларида махсус ишлаб чиқилган 52 саволдан иборат сўровнома асосида 1960 ўқувчиларни (7–17 ёшдаги) ўрганиш натижалари шуни кўрсатганки, 13,3% ўқувчилар олдин бошдан кечирган ёки ҳозир камқонлик борлигини кўрсатганлар, 15,7% ида қон кетишлар, 14% ида – сурункали овқат хазм қилиш тизими касалликлари, 24,7 % ида вирусли гепатит, 32,5 % ида тез – тез шамоллашларни ва 16,2% болалар гижжа касалликлари борлигини белгилаганлар.(Кудратова Г.Н. - 2014). Череднеченко А.М ва бошқаларнинг (2007) таъкидлашларича гастродуаденал патологияда болаларда анемия касаллигининг тарқалишидаги асосий сабаблардан бири бу ўн икки бармоқли ичак ва йўғон ичакнинг проксимал қисмида сўрилиш жараёнининг бузилиши (энтерогенная анемия ҳам дейилади) деб ҳисоблайдилар. Бундай ҳолатларда нафақат темир етишмовчилиги, балки Витамин В12, оксил, фолиевои кислота етишмаслиги ҳам кузатилади. Муаллифнинг таъкидлашича ўрганилган 251 та боладан 118 тасида (47%) тўлақонли анемия ташхис қўйилган. Клиник тахлиллар шуни кўрсатганки, уларнинг 43,8% ида териларидаги оқариш, юқори даражадаги чарчаш - 49,1% ида, бош оғриғи – 29,7% ида, уйқу бузилиши – 33% ида кузатилиши қайд қилинади.

Хулоса: 1. Болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиши, уни ташхислаш ва даволаш – профилактика борасида дунёнинг кўплаб давлатларида махсус дастурлар асосида улкан миқёсида ишлар олиб борилишига қарамасдан унинг тарқалганлик даражаси юқориликча қолмоқда ва мамлакатлар олдида глобал тиббий – ижтимоий, ижтимоий – иқтисодий ва сиёсий муаммоларнинг юзага келишига сабаб бўлмоқда;

2. Болаларда анемия касаллиги йўналишидаги кўплаб илмий изланишлар асосан касалликни ташхислашда, даволашда ва бошқа ҳар хил соматик ёки юқумли касалликлар билан биргаликда кечишидаги ўзаро боғлиқлик хусусиятларини ўрганишга қаратилган;

АССОЦИАЦИЯ ЖЕЛЕЗА С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМ ГРУДНОГО МОЛОКА-ВОЗМОЖНОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ ВЫСОКОЙ БИОУСВОЯЕМОСТИ ЕГО ПРИ ЛАКТАЦИИ

Салаева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Несмотря на относительно небольшое содержание эссенциального микроэлемента-железа в грудном материнском молоке, например, концентрация этого биометалла в молоке более чем в 2 раза меньше, чем в сыворотке крови, этого количества,

как правило, бывает вполне достаточно, чтобы обеспечить растущие потребности организма ребенка в пищевом железе. Данный феномен объясняется высокой биоусвояемостью этого биометалла из грудного молока.

Цель исследования- изучить формы ассоциации железа с различными компонентами ма-теринского молока в аспекте возможного объяснения высокой биоусвояемости его в пери-од лактации

Материалы и методы исследования. Грудное материнское молоко, методы фракционирования, центрифугирование, ультрафильтрация, батофенантролиновый метод количественного анализа железа.

Результаты и обсуждение. Для изучения форм ассоциации эссенциального биометалла-железа с теми или иными компонентами грудного материнского молока было проведено фракционирование этого молока на белковую, липидную и низкомолекулярную фракции. Липидную фракцию молока получали центрифугированием его при 4000 g в течение 30 минут. Обезжиренное молоко подвергали ультрафильтрации, что позволило получить фракцию, содержащую высокомолекулярные белковые компоненты и фракцию, содержащую низкомолекулярные компоненты с молекулярной массой не более 10000 дальтон. Фракция, содержащая высокомолекулярные белковые компоненты содержит в том числе и основной железосвязывающий белок молока-лактоферрин аналог сывороточного трансферрина. После получения соответствующих фракций грудного материнского молока в них проводили количественный анализ железа с использованием батофенантролина для выявления ионов железа. Количественный анализ железа в полученных фракциях показал, что содержание железа в липидной фракции грудного молока в процентном отношении составляет 34.8% от общего количества этого биометалла, содержащегося в исследуемой пробе молока. Содержание железа в низкомолекулярной фракции в процентном отношении составляет 36.5%. В высокомолекулярной белковой фракции содержание железа составило в процентном отношении- 27.8%. Таким образом, подавляющая часть железа в грудном материнском молоке ассоциирована с липидными и низкомолекулярными компонентами молока- суммарно 71.3% от общего содержания железа молока, что, по-видимому, и обеспечивает феномен высокой биологической усвояемости этого биометалла в желудочно-кишечном тракте ребенка, учитывая высокую абсорбционную способность как липидов, так и низкомолекулярных агентов. Из белковой фракции молока путем хроматографии ее на колонке с сефадексом G-200 была получена фракция лактоферрина, основного железосвязывающего белка грудного молока. Количественный анализ железа во фракции лактоферрина показал, что с этим белком связано всего около 6% от общего количества железа, ассоциированного с белковой фракцией. В сравнении же с общим пулом железа молока в исследованной пробе, количество этого биометалла, связанного с лактоферрином составляет всего около 2%.

Выводы. Феномен высокой биоусвояемости железа из грудного материнского молока объясняется формой ассоциации этого биометалла с липидными и низкомолекулярными компонентами этого молока.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Сапаев Д.А., Бекчанов Х.Н., Рахимий Ш., Кучкаров О.,
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Закрытая сочетанная травма органов живота и грудной клетки относится к категории чрезвычайно опасных для жизни повреждений, сопровождающихся высокой летальностью от 30% до 75%. Число диагностических («напрасных»)

лапаротомий и торакотомий при изолированных и множественных закрытых травмах органов живота и грудной клетки до настоящего времени остается не обоснованно высоким, составляя от 24,3% до 52%.

Цель работы: определение лечебно-диагностических возможностей видеолапароскопии и торакоскопии при оказании неотложной специализированной хирургической помощи у пострадавших с повреждениями органов живота при закрытой травме органов брюшной полости и грудной клетки.

Материал и методы. Основу работы составили материалы наблюдений и ретроспективный анализ историй болезни 56 пострадавших с сочетанной травмой в результате закрытой травмы органов живота и грудной клетки, находившихся на лечении в Хорезмский филиал РНЦЭМП в период с 2015 по 2018 годы включительно. Преобладали пострадавшие мужского пола (38 человек). Повреждения двух и более анатомических областей выявилось в 33 случаях (59%). Из них закрытая травма живота и грудной клетки выявлена у 35 (63,2%) пострадавшего. Диагностика повреждений органов живота и грудной клетки состояла в тщательном обследовании пострадавшего с использованием УЗИ, КТ, рентгеноскопия, а также торакоскопии и видеолапароскопии.

Результаты. Анализ больных с закрытой травмой живота в результате при закрытой травмы органов брюшной полости и грудной клетки, позволил нам ретроспективно выделить 3 подгруппы пострадавших. В 36 случаях (I подгруппы) больные находились под наблюдением хирурга и по данным УЗИ и анализов крови, повреждения органов брюшной полости были исключены. Во II подгруппу были включены 14 пациента, выполнена диагностическая лапароскопия. Из них в 8 случаях признаков повреждения органов брюшной полости не было выявлено. В 6 случаях были выявлены различные разрывы печени, селезенки, разрывы и десерозирование полых органов, разрывы брыжейки тонкой кишки и сальника, которым производилась конверсионная лапаротомия. В 2-х случаях операция завершилась лечебными лапароскопическими методами – электрокоагуляция разрывов печени. В III подгруппу были включены 6 пострадавших со значительными повреждениями органов живота (кровотечением и перитонитом), требующих выполнения экстренной лапаротомии.

Ретроспективный анализ пострадавших позволил сделать вывод, что при тяжести повреждений живота с использование видеолапароскопической техники позволило бы избежать в 30,8% случаев лапаротомии; и 50,3% случаев напрасных торакотомии.

Клиническая картина травмы органов живота и грудной клетки «маскировалась» шоком в 18 случаях. В этих случаях большую диагностическую ценность предоставляет «страховочная лапароскопия» или торакоскопия, благодаря которым удалось избежать напрасных лапаротомий и торакотомий. Особую диагностическую ценность последняя при внеабдоминальных повреждениях встречались явная картина «острого живота», так называемый «псевдоабдоминальный синдром». Он отмечался при утраченном сознании, забрюшинной гематоме, переломах нижних ребер, нижних грудных и I поясничных позвонков и костей таза.

Выводы:

Лечебно-диагностическая видеолапароскопия и видеоторакоскопия являются высокоэффективными малотравматичными методами диагностики и лечения и может применяться при оказании неотложной специализированной хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой живота и грудной клетки.

Диагностическая видеолапароскопия и видеоторакоскопия позволяет: избежать напрасных лапаро- и торакотомий, своевременно выставить показания к лапаротомии и торакотомии, определить возможность выполнения экстренных видеолапароскопических и видеоторакоскопических вмешательств, при сокращении диагностического периода.

STRUCTURAL ANALYSIS OF MEDICAL TERMS IN SPHERE DERMATOLOGY

Sapayeva D.N.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Medicine is one of the oldest areas of human activity, therefore, the terminology of medicine has long been established vocabulary, but at the same time it is a constantly developing terminology. In connection with the intensive development of biomedical, medico-chemical, medico-technical knowledge, the number of special medical terms is increasing. Many new scientific concepts and terms appear in medicine, many old ones undergo various changes, which makes it possible to most fully and clearly trace the development trends and the ways of its formation, the laws of linguistic nomination, on the basis of English and medical terminology.

Recently, in linguistic literature, more attention has been paid to the problems of studying the language of science as a special functional style and a special category of linguistic means.

This is due, first of all, to the progress of scientific knowledge, the increasing complexity of scientific research, the development of new independent scientific areas that are impossible without the exchange of information, both within an individual language collective and at the level of international contacts .

As you know, the categories and concepts of any field of knowledge, acting as a result of a generalization of the real facts of language and speech, are fixed in the corresponding metalanguage. "A metalanguage is a second-order language, a special semiological system, used when it is necessary to talk about a language that acts as a language-object" .

One of the most important elements of metalanguage is terminology. In general theoretical terms, the construction of a system of concepts and, accordingly, terminology can be considered as the final stage of scientific research. In other words, the obtained scientific results cannot become the property of mankind until the movement of thought has reached such a level of abstraction at which it is possible to combine the newly created concept with a certain symbol or sign (word or phrase in our case). This is due to the accelerating pace of the scientific and technological revolution, which leads to an avalanche-like growth of information in all areas of knowledge, production and scientific activity, which, in turn, entails the emergence of a huge number of new concepts and, accordingly, their names.

Terms and terminological systems are called upon to fulfill the same function as other lexical units of the language, but the scope of their use is limited by the framework of the science that they serve. It is this feature that gives the terminology specific features and then reflects on the term and consists in the fact that it must function in its highly specialized term system, revealing all its structural, semantic and functional features. But the highly specialized sphere of the functioning of terms is not once and for all this sphere.

БОЛАЛАРДА СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ

Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болалар урологияси соҳасида сийдик-тош касаллиги бўйича муайян муваффақиятларга эришилган бўлсада, муаммо мураккаблиги ва долзарблигича қолмоқда. Касаллик буйрак ва сийдик чиқарув йўлларида тош ҳосил бўлиши билан намоён бўлиб, бола организмида турли асоратлар ривожланишига сабаб бўлмоқда. Кейинги 3 йилда ВБКТТМ болалар хирургия бўлимида 96 бемор сийдик тош касаллиги бўйича мурожаат қилди. Бемор болалар 1 ёшдан 18 ёшгача бўлиб, 50 тасини ўғил болалар, 46 тасини эса қиз болалар ташкил қилди. Касалликнинг клиник кўриниши тошни жойлашган жойига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Асосан болаларда безовталик, оғрикнинг чов, бел, қориннинг пастки соҳасида, жинсий аъзоларда бўлиши, сийдикда қон чиқиши кузатилади. Хуруж

пайтида беморлар ўзига қулай ҳолат танлаб олмайдилар. Ҳамма беморларда УЗИ (УТТ), экскретор урография текшируви қилинди. Тошни ўлчамига қараб консерватив ва оператив даво чоралари ўтказилди.

Касалликнинг ривожланиш жараёнида моддалар алмашинуви туғма бузилиши роль ўйнаб эримайдиган тузлар ҳосил бўлиши тошлар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим ҳолларда ирсий мойиллик туфайли касаллик ривожланишига шароит яратади. Бунда асосан куйидаги мойиллик туғдирувчи омиллар муҳим роль ўйнайди:

1. Климатик фактор: иссиқ иқлим, терлашни кўпайиши натижасида организмда бир қанча тузлар концентрацияси ошади ва туз ҳосил бўлишига шўроит яратади.
2. Географик фактор: ичимлик сувининг таркиби асосий роль ўйнайди, кальцийли тузларга бой сувлар уролитиазга сабаб бўлади.
3. Овқат таркибида витаминларнинг доимий етишмаслиги. (Витамин А,Е)
4. Меъда ичак системасининг сурункали касалликлари: гастрит, колит, меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.
5. Юқумли касалликлар ва захарланишларда кучли сувсизланиш.
6. Буйрак ва сидик чиқариш йўлларида туғма касалликлар (гидронефроз, пиелонефрит, цистит).

Шундай қилиб касаллик ривожланишида юқоридаги этиологик омиллар муҳим роль ўйнаб, хавф омиллари бор бўлган беморларни чуқур диагностик текширувлардан ўтказишни тақазо этади.

РОЛЬ КРЕСТЦОВЫХ АРТЕРИЙ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Сапаева Ш.А., Бекбергана Ю.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Средняя крестцовая артерия является одним из дополнительных источников кровоснабжения прямой кишки, хотя выраженность её и размер очень переменны. Эта артерия анастомозирует с одной, двумя или всеми основными прямокишечными артериями.

В связи с внедрением в клиническую практику методов эндоваскулярного лечения аневризм инфраренального отдела аорты, а также разработкой методов эндоваскулярного лечения опухолей малого таза, в том числе рака прямой кишки, указанные выше противоречивые мнения целесообразно подвергнуть с современных позиций дополнительному анализу. При этом следует отметить, что все описанные выше исследования проводились на трупах. Ангиографические исследования, в которых средняя крестцовая артерия была описана как рудиментарный сосуд, идущий по передней поверхности крестца и отдающий только крестцовые ветви, также представляют собой результат анализа наливок рентгенконтрастным веществом фиксированных препаратов, полученных у трупов.

Целью настоящего исследования является изучение при помощи метода ангиографии роли сакральных артерий в кровоснабжении прямой кишки.

Проведен анализ аортограмм 104 пациентов, 97 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 31 до 75 лет, обследованных по поводу атеросклеротического поражения аорто-подвздошного сегмента и артерий нижних конечностей. При анализе аортограмм учитывали степень контрастирования средней крестцовой артерии, место её отхождения, диаметр, уровень деления на терминальные ветви, наличие анастомозов с системами верхней, средней и нижней ректальных артерий. Степень участия средней крестцовой артерии в кровоснабжении прямой кишки определяли основываясь на уровне её деления на терминальные ветви – в области ректосигмоидного и верхнеампулярного отдела, в области средне- или нижнеампулярного отдела.

Мы в своем исследовании пришли к выводу, что средняя крестцовая артерия в большинстве случаев анастомозирует с верхней прямокишечной и средними прямокишечными артериями (84,4% и 43,8% соответственно). С другой стороны, анастомозы с иными висцеральными и париетальными артериями таза встречались реже. Таким образом, компенсация ишемических нарушений как при окклюзионно-стенотическом поражении терминального отдела аорты и подвздошных сосудов, так и при выполнении селективной эндоваскулярной эмболизации ректальных артерий возможна благодаря наличию дополнительных источников кровоснабжения прямой кишки.

CLINICAL ASPECTS OF THE ARTERIAL SUPPLY OF THE RECTUM

Sapayeva Sh.A., Bekberganova Yu.M.
Urgench branch of Tashkent medical academy

The middle sacral artery is one of the additional sources of blood supply to the rectum, although its severity and size are very variable. This artery anastomoses with one, two or all major rectal arteries.

In connection with the introduction into clinical practice of methods of endovascular treatment of infrarenal aortic aneurysms, as well as the development of methods of endovascular treatment of pelvic tumors, including rectal cancer, the above contradictory opinions should be subjected to additional analysis from modern positions. It should be noted that all the studies described above were conducted on corpses. Angiographic studies, in which the middle sacral artery was described as a rudimentary vessel running along the anterior surface of the sacrum and giving only the sacral branches, also represent the result of the analysis of x-ray contrast liquors fixed drugs obtained from corpses.

The aim of this study is to study the role of sacral arteries in the blood supply of the rectum using the method of angiography.

The analysis of aortograms of 104 patients, 97 men and 7 women, aged 31 to 75 years, examined for atherosclerotic lesions of the aorto-iliac segment and arteries of the lower extremities. The analysis of aortograms took into account the degree of contrast of the middle sacral artery, the place of its origin, the diameter, the level of division into terminal branches, the presence of anastomoses with the systems of the upper, middle and lower rectal arteries. The degree of participation of the middle sacral artery in the blood supply of the rectum was determined based on the level of its division into terminal branches – in the rectosigmoid and upper ampullary regions, in the middle or lower ampullary region.

In our study, we concluded that the middle sacral artery in most cases anastomoses with the upper rectal and middle rectal arteries (84.4% and 43.8%, respectively). On the other hand, anastomoses with other visceral and parietal pelvic arteries were less common. Thus, compensation of ischemic disorders both in occlusive-stenotic lesions of the terminal aorta and iliac vessels, and in the performance of selective endovascular embolotherapy of rectal arteries is possible due to the presence of additional sources of blood supply to the rectum.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА СТРУКТУРУ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТОВ

Сапарбаева Н.Р.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Статистические данные свидетельствуют о том, что каждая пятая женщина нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями после аборта. У 10–15% женщин аборт осложняется воспалительными заболеваниями женских половых органов, которые возникают как в раннем, так и позднем послеабортном периодах. В

последнее время наряду с традиционным хирургическим прерыванием беременности во многих странах мира все большее число женщин прибегают к медикаментозному аборту с использованием антипрогестинов. Медикаментозное изгнание плодного яйца менее травматично по сравнению с кюретажем или вакуум-экстракцией. Однако, при медикаментозном аборте следует ожидать более длительного нахождения отторгшихся некротических тканей в полости матки и более значительного объема потери крови после него и это состояние является хорошей питательной средой для патогенной флоры. Поэтому, актуально сравнительное изучение осложнений после различных методов прерывания беременности. Состав микрофлоры влагалища женщины является фактором, оказывающим непосредственное влияние на развитие инфекционно-воспалительных осложнений во время и после аборта.

Цель исследования: определить в сравнительном аспекте эффективность медикаментозного и искусственного абортов, изучить влияние хронических воспалительных заболеваний матки и придатков на структуру осложнений после медикаментозного и искусственного абортов, повысить безопасность аборта у женщин группы высокого риска по развитию осложнений.

Материалы и методы: Для прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи), а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений нами были изучены 57 ретроспективных материалов с архива, историй болезни с отделения гинекологии пациентов, которые были госпитализированы с осложнениями послеабортном периоде от 3 до 10 дней (ретроспективная группа). Группу сравнения составили 40 женщин после искусственного аборта и 34 с медикаментозным абортом (основная) за период времени с 2018 по 2019гг на базе кафедры Акушерства и гинекологии УфТМА.

Результаты исследования: При обследовании женщин тщательно изучался анамнез: возраст, начало и особенности менструальной функции и половой жизни. Выяснились характеры длительность течения различных заболеваний и их осложнения. Сопутствующая соматическая патология из обследованных женщин основной группы имела место у 20,2% пациенток. Гинекологические заболевания перенесли 19,1% женщин. Частота соматической патологии в обеих группах была практически одинаковой (20,2% и 21,0%). При анализе основной и группы сравнения установлено, что они были однородными по возрастному составу: 20–45 лет. Количество повторно- и первобеременных в обеих группах было 70% и 30% соответственно. Медикаментозный аборт проводился в сроки: у 18,4% – в 4–5 недель, у 81,6% – в 5–7 недель беременности. Ранние осложнения в основной группе были у 3,5% женщин в виде остатков плодного яйца. У 1,4% остатки плодного яйца, выявленные при УЗИ исследовании, изгнаны дополнительным приемом 400 мг мизопростала, матка опорожнилась полностью. У 2,1% женщин действие мифепристона и дополнительной сокращающей терапии не оказали должного эффекта, по данным УЗИ выявлены остатки плодного яйца. У 2,5% пациенток остатков не обнаружено, у 2,6% аборт был завершен инструментально. При искусственном аборте повторное выскабливание потребовалось у 13,1% женщин по поводу остатков хориальной ткани и гематометры. Гистологическое исследование абортусов было произведено у всех женщин после медикаментозного аборта и после искусственного аборта. После медикаментозных абортов – ворсины хориона и децидуальная ткань имели выраженную лейкоцитарную инфильтрацию у 12,1% женщин, а после искусственных абортов у 22,1% женщин абортусы были инфицированы, имелась лейкоцитарная инфильтрация, гистициты и макрофаги в большом количестве. Посевы из матки производили на второй день после прерывания беременности и опорожнения матки, при этом выявлено, что у 97,9% женщин группы высокого риска после искусственного аборта высевалась условнопатогенная флора в количественном отношении превышающая 104КОЕ. После опорожнения матки при медикаментозном аборте условно-патогенная

флора высевалась в 101–102 КОЕ. Эффективность медикаментозного аборта по нашим данным составляет 97,5%.

Выводы: Таким образом, медикаментозный аборт является щадящим методом прерывания нежелательной беременности, наиболее способствующим сохранению репродуктивного здоровья женщин, так как частота осложнений в четыре раза меньше, чем устаревшая методика дилатации шейки и кюретаж матки.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT BACTERIAL VAGINOSIS

Saparbayeva N.R.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Objectives. The complex study a condition of vaginal microbiocenosis in women with diagnosed of bacterial disbiosis and compare efficiency intravaginal preparations containing metronidazole + miconazole (Neo-Penotran Forte) and ascorbic acid (Vaginorm C). To evaluate the possibility of D-lactate investigation in the diagnosing and assessment of treatment efficacy in case of inflammatory and dysbiotic states of the lower genital tract.

Material and methods. 48 female patient with diagnosis bacterial vaginosis are participated in the study. D-lactate concentration has been studied in the material taken from the vagina in 48 women with bacterial vaginosis, 25 women with nonspecific vaginitis, 23 women with normal vaginal biocenosis.

Results. The treatment with Neo-Penotran Forte showed more pronounced clinical and laboratory effect both at the first and the second visits in comparison with Vaginorm C.

The etiologic component of the lower genital tract inflammation (vaginitis) in women of the reproductive age in the majority of cases is represented by a nonspecific bacterial flora: Ent. Faecalis (40% of the total number of cases of positive cultures), St. epidermidis (33%), Str. Haemolyticus (17%), U. Urealyticum (9%). The median of D-lactate concentration in the material obtained from the posterior vaginal vault in women without any signs of inflammation and with normal microbiocenosis is 26,4 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$. The median of D-lactate concentration in female patients with the diagnosed vaginal inflammation and bacterial vaginosis, regardless of the bacterial agent causing the inflammatory process, is statistically significantly lower ($p=0,0001$) and makes up 12,7 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$. The value of D-lactate amounting to 16,9 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$ is the point of the diagnostic division of the pathological process and normal microbiocenosis, sensitivity and specificity respectively. High sensitivity and specificity of the test for determining the level of D-lactate in the material obtained from the vaginal vaults enable its usage as a universal criterion of the presence of an inflammation of the bacterial etiology and the state of the vaginal ecosystem.

Summary: The most effective scheme of bacterial vaginosis treatment is metronidazole and miconazole combination. The results showed that in 85% the improvement was for women who used intravaginal introduction metronidazole + miconazole, than at women who applied ascorbic acid which has made 50%.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ КАМЕДИ ФЕРУЛЫ АССАФЕТИДА

Сафаева Ш.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что лекарственные средства, разработанные на основе фармакопейных лекарственных растений, с давних времен успешно используются для лечения различных заболеваний у человека. Территория Средняя Азия весьма богата лекарственными растениями. Многие из этих растений содержат алкалоиды, гликозиды, флавоноиды, полифенолы и другие физиологически активные вещества. Внедрение новых лекарств в

клиническую практику требует предварительного изучения их различных свойств в экспериментальных исследованиях. При этом особое внимание уделяется токсикологической оценке новых соединений. Фитопрепараты от синтетических лекарственных веществ отличаются высокой эффективностью и малой токсичностью и поэтому из давних времен в лечении многих заболеваний используется вещества, полученные из растений. В настоящей работе представлены результаты токсикологического исследования камеди Ферулы вонючей, проведенного на экспериментальных животных.

Изучение острой токсичности проводили по общепринятой методике на самцах белых крысах обоего пола с массой тела 145-165 г. Исследуемое вещество вводили однократно внутрь в различных дозах (от 1000 до 8000 мг/кг). Далее животных помещали в отдельные клетки по группам и вели наблюдение в течение 8 часов ежедневно и в последующие 13 дней опыта (общий срок наблюдений составил 14 суток). Учитывали общее состояние животных, поведение, интенсивность и характер двигательной активности, потребление корма и воды, изменение массы тела и другие показатели, характеризующие токсическое действие. В течение всего эксперимента все животные содержались в стандартных условиях вивария и находились на полноценном пищевом рационе.

При наблюдении за животными всех групп, в течение первых суток не отмечено заметных признаков интоксикации. Через 24 часа после введения у крыс, получавших максимальные дозы препарата, отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В последующие вторые и третьи сутки скончалась 1 крыса, получавших препарат в дозе 5000 мг/кг, 2 и 4 крысы соответственно из числа получавших препарат в дозах 6000 и 8000 мг/кг. В группах животных получавших дозу камеди Ферулы вонючей до 4000 мг/кг массы тела гибели не наблюдалась, и у них отсутствовали признаки интоксикации. При расчете значения LD_{50} препарата энтеральном введении составило 7033,6 ($5627,2 \div 8440,0$) мг/кг.

Следовательно, исходя из этого можно считать, что камедь Ферулы вонючей относится к не токсичным соединениям.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ

Собиров Д.Х.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В настоящее время, отсутствие устоявшихся взглядов на основные патогенетические звенья алкогольной комы мешает успешному поиску высокоэффективных средств лечения острых отравлений этанолом. Большинство изученных средств обладает умеренным отрезвляющим потенциалом, а эффективность проявляется преимущественно при профилактическом их применении.

Цель работы - Изучить возможность применения препаратов, содержащих глутатион, —глутатион, в качестве средства лечения алкогольной комы.

Исследования выполнены с привлечением 40 больных с острым отравлением этанолом крайне тяжелой степени тяжести: кома 1 и кома 2. Из них 20 человек составили контрольную группу. Пациенты этой группы получали традиционной терапии острых отравлений этанолом согласно клиническим рекомендациям (инфузионная терапия и витамины). В основную группу были включены 20 больных, которым при поступлении в стационар для лечения алкогольной комы внутривенно капельным ввели препарат «Глутатион 600мг» 1 раз в сутки в объеме 4 мл на 200 мл 0,9% физиологический раствора.

Средний возраст пациентов в обеих группах составил 47 года.

Тяжесть комы определяли по шкале PittsburgBrainStemScore (PBSS) (Kelsey S.F. et al., 1991). Оценка тяжести и динамика состояния больных проводилась по шкале APACHE-II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation).

При поступлении больным проводилось химико-токсикологическое исследование крови, которое заключалось в определении концентрации этанола, общий и биохимический анализ крови, КОС и уровня лактата.

Уровень этанола в крови больных основной и контрольной групп на протяжении 4-х часового периода наблюдения колебался от $2,8 \pm 0,28\%$ до $3,95 \pm 0,3\%$ и не зависел от тяжести острого алкогольного отравления и проводимой терапии. Продолжительность комы у пациентов основной группы, получавших препарат «Глутинон 600мг» составила в среднем 1,5– 2,0 ч, в то время как больные контрольной группы приходили в сознание лишь через 4,0 – 4,5 ч после проведенной традиционной терапии.

Обращает на себя внимание тот факт, что даже после восстановления сознания у большинства пациентов контрольной группы, длительное время сохранялась симптоматика тяжелого постинтоксикационного алкогольного состояния в виде: психомоторного возбуждения (у 12 больных, 60%), выраженной дисфории (у 13 больных, 65,5%), кардиалгии (у 11 больных, 55,5%), нарушения сердечного ритма (у 8 больных, 40%), головной боли (у 13 больных, 65,5%), тремора конечностей (у 14 больных, 70%), нарушения координации движения (у 17 больных, 85,5%). Несколько иная картина была выявлена у пациентов основной группы. Так, применение препарата «Глутинон 600мг» способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и практически более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома. У больных основной группы указанные симптомы наблюдались значительно реже. Особо следует подчеркнуть, что высокая отрезвляющая эффективность «Глутинон» способствовала значительному сокращению (более чем в 4 раз по сравнению с контролем) сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре ($4,1 \pm 0,4$ и $15,6 \pm 6,5$ ч. соответственно).

Выводы: Таким образом, на основании анализа результатов проведенного исследования можно заключить, что препарат, содержащий глутатион 600мг («Глутинон») способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома и значительному сокращению сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре.

БОЛАЛАРДА ХИРУРГИК АРАЛАШУВЛАРДА ПРОМЕДОЛ БИЛАН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШНИНГ АДЕКВАТЛИГИ

Собиров Э.Ж.

Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Хоразм филиали

Изланишларнинг асосий мақсади болаларда хирургик аралашувларда промедол билан оғриқсизлантирганда периферик (ПГ) ва марказий (МГ) гемодинамика кўрсаткичларининг ўзгаришини аниқлашдир.

Материаллар ва методлар. Изланишлар асосан кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва сийдик чиқариш йўллари (СЧЙ) ривожланишининг туғма нуқсонларини (РТН) режали операциясига тайёрланган 40 та болада ўтказилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (12 бола) – промедол (1-2 мг/кг) ва оксидутират натрий (100 мг/кг) билан оғриқсизлантирилди; 2-гуруҳ (12 бола) – промедол (1-2 мг/кг), седуксен (0.4 мг/кг), ва кетамин (3 мг/кг) билан оғриқсизлантирилди. Премедикация (атропин 0,1 %-0,01 мг/кг + седуксен 0,5 %-0,3 мг/кг + промедол 1%-0,1 мл/ёш). Миоплегия ардуан (0.06 мг/кг) билан амалга оширилди. 3,5 мГц датчикли “aloka-SSD-260” (Япония) аппаратида эхокардиография (ЭхоКг) усули орқали МГ [систолик охир ўлчами (СОЎ) ва диастолик охир ўлчами (ДОЎ), R-R интерваллар ва хайдаш вакти] ўрганилган.

Натижалар ва муҳокамалар. 1 ёшли болаларда премедикация вақтида артерио-веноз босим (АВ) нинг сезиларли ўзгаришларисиз оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг куриши билан кечадиган ЮҚС тезлашиши кузатилган. Қорачикнинг ёруғликка кучсиз реакцияси сақланган ҳолатда унинг торайган пайтида ва склеранинг намлиги сақланган пайтида оғриқсизлан-тириш воситаларини киритиш ва уни ушлаб туриш жараёни силлиқ кечди. Айни даврда АВ нинг аниқ ўзгаришлари қайд этилмади. Юрак тонлари аниқлиги сақланган, периферик томирлардаги пулсда ўртача тўлишиш ва кучланиш қайд этилган. Наркозни киритиш босқичида бошланғич кўрсаткичларга қараганда ЮҚС нинг 32,68% га, периферик солиштирма қаршилиқ(ПСК) нинг 23,77 %га, зарб индекси (ЗИ) нинг 9,41%га ошиши кузатилган. Аввалги босқичлар билан солиштирганда операциянинг оғир жароҳатли даври юрак индекси (ЮИ) нинг 37,27%га , ЮҚС нинг 41,65%га, зарб индекси(ЗИ)нинг 12,22%га ошиши характерланади. Сезиларли гемодинамик реакциялар намоеън бўлмаган пайтда адекват спонтан нафас олиш пайдо бўлгандан сўнг экстубация бажарилди. Операциядан кейинги даврда 6 соат давомида кўшимча оғриқ қолдирувчи воситаларни киритишга бўлган зарурият кузатилмади.

Хулоса. Промедолнинг кетамин ва седуксен билан биргаликдаги анестезияси, ҳамда промедол + оксibuтират натрий анестезияси қўлланилганда ПГ ва МГ сезиларсиз ўзгаришлари қайд қилинган. Бу эса бола организмнинг операциядаги жароҳатлардан самарали ҳимояси ҳақида дарак беради. Болаларда хирургик жаррохликларда промедол билан марказий оғриқсизлантириш қон айланиш тизимига жиддий салбий таъсир кўрсатмайди.

ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Целью исследования явилось изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% - повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% - как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% - ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% - местный серозно-фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали: сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и обсуждение. Достоверные различия биохимических показателей были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза. У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение лимфоцитов (10%), ОАА уменьшилась на 37%. На 3 сутки наблюдений в данной группе отмечено снижение концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, в 1,5 раза – лейкоцитов, в 1,4 раза – эритроцитов, на 1,4 раза – ОАА. Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в

эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. На 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась.

Таким образом, у больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление-антиоксидантная защиты» в крови.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Собиров Э.Ж.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Экстренная бронхоскопия у детей при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), в большинстве случаев требует тщательной подготовки и предусмотрения ряда довольно важных факторов для пациента методов общей анестезии, перспективности поставленных задач.

Целью исследования явилось определение наиболее адекватной анестезии при экстренных бронхоскопических операциях у детей с ДТП.

Материалы и методы: Исследованы 36 детей (2-4 года) после ДТП с инородными телами дыхательных путей, под голосовой щелью (8), в области бифуркации трахеи (9), у корня легких (1%) поступившие в экстренном состоянии, с явлениями относительной гипоксии в среднем $8,2 \pm 0,8$ часов. Исследовали SatO₂ (сатурация кислорода), КЩС (кислотно-щелочное состояние (аппарат Микро-Аструп) по известной методике. Осуществлялась предоперационная подготовка, введением седативных (сибазон), обезболивающих препаратов (каллисол), антигипоксантов, глюкозы. С целью премедикации вводили атропин (0,1% - 0,1 мг/кг\мл) кетамин (5%, 0,3 мл/кг), сибазон (5%, 0,3 мл/кг).

Результаты и обсуждение: Особую важность при экстренных обтурациях верхних и нижних дыхательных путей, причиной которого явилось ДТП, имеет выявление степени гипоксии, устанавливаемая по ВАШ (визуально-аналоговая шкала). После установления степени анестезиологического риска (ASA), осуществляли премедикацию, в индукции вводили пропофол, миорелаксацию осуществляли эсмероном. В 75% случаях была настоятельная необходимость местного орошения полости гортани Лидокаином (1%). Введение пропофола позволило эффективно обеспечить достаточную степень наркоза, сократить сроки пробуждения (10-15 мин), повлиять на после операционный период. Лишь у 3 больных длительность операции была удлинена, за счет объема хирургического вмешательства.

Выводы: Анестезиологическое обеспечение бронхоскопических операций обязано быть всеми параметрами адекватности. Среди разнообразия методов обезболивания у детей, при экстренных бронхоскопических операциях в связи с ДТП, возможен вариант введения каллисол + пропофол + миорелаксант + лидокаин, отвечающий настоящим требованиям сокращения времени операции, устранения гипоксии.

ОСОБЕННОСТИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Один из частых синдромов ОРВИ у детей раннего возраста острый стеноз гортани. Он встречается с частотой от 7,4% до 25%, имеет структурные особенности, что диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования: изучить особенности стеноза гортани у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные, полученные путем выборки их 100 стационарных карт детей с острым стенозированным ларингитом, находившихся на лечении в течение календарного года.

Результаты. Пик заболеваемости (76,1% случаев) приходился на ранний возраст: дети 1-го года составили 19,4%; каждый четвертый ребенок был в возрасте от 1-го до 2-х лет; каждый пятый — от 2-х до 3-х лет. Болели чаще мальчики (67,3% случаев). В подавляющем большинстве случаев (81,5%) встречался острый первичный ларинготрахеит с субкомпенсированным стенозом гортани. Пик заболеваемости пришелся на март-апрель и ноябрь. Верификация возбудителя проводилась с помощью РИФ. Лидирующую позицию (37,4% случаев) занял вирус гриппа, второе место RS инфекция, третье парагрипп. Наиболее частой сопутствующей патологией явился атопический дерматит (30,6% случаев). Большинство детей (63,8%) родились от первой беременности, доношенными. Акушерский анамнез было тягостен в каждом третьем случае. На естественном вскармливании до шести месяцев находилось 41,2% детей, к концу первого года 8,6% детей.

Заключение. Большинство заболевших детей были раннего возраста (чаще мальчики) с пиком заболевания в весенне-осенний период. Чаще всего заболевание протекало в виде субкомпенсированного стеноза гортани на фоне атопического дерматита. Наиболее частыми возбудителями болезни были грипп, RS вирус, парагрипп.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШДА МЕНЕЖЕР ҲАМШИРАЛАРНИНГ ЎРНИ

Собирова С.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Соғлиқни сақлаш тизимида амалга ошириладиган ислохотларнинг бир кулай томони аҳоли учун, унинг манфаати турмуш фаровонлигини ошириш ва унинг саломатлигини янада яхшилашга қаратилгандир. Замонавий талаблар даражасидаги тиббий хизматни барпо этиш, ҳар жиҳатдан баркамол авлодни вояга етказиш вазибаларини мазмун-моҳиятини ташкил этади.

Бугунги кунда глобал муаммоларнинг энг муҳимларидан бири инсон саломатлиги ҳисобланади. Инсон саломатлиги даражаси миллий даромадда, шунингдек, меҳнат салоҳияти ва ресурслари каби кўрсаткичларда намоён бўлади.

Ўзбекистон мустақилликка эришгандан бери олиб борилган ислохотлар қатори ҳамширалик фаолиятида ҳам ислохотлар олиб борилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрда қабул қилинган «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури» тўғрисидаги № 2107 фармони асосан 1999–2000 ўқув йилидан биринчи марта олий маълумотли ҳамшира йўналишига талабалар қабул қилина бошланди. Янги йўналиш мутахассисларини тайёрлашдан асосий мақсад соғлиқни сақлашнинг малакали кадрларга бўлган эҳтиёжини қондириш ҳамда аҳолига юқори даражада тиббий хизмат кўрсатишни таъминлай оладиган, мавжуд ҳамширалар жамоаларини бошқара оладиган, юқори малакали, касбий

ва шахсий хусусиятларга эга етакчиларни ва ҳамширалик иши соҳасида чуқур билимли мутахассисларни шакллантиришдан иборатдир.

Ваҳоланки, юкори малакали ва самарали тиббий хизмат кўрсатишда ҳамширалик ишини бошқариш катта аҳамият касб этади.

Мутахассис-менежер ҳамширалар ДПМларда ҳамширалик фаолиятини бошқаришда соғлиқни сақлаш тизимида ҳамширалик ишини бошқаришнинг асослари мукамал билиши, бошқариш жараёнининг ўзига хос хусусиятларини инobatга олган холда тиббий муассасада ҳамширалик хизмати фаолиятини тўғри режалаштириш олиши, самарали бошқарув қарорларини қабул қилиши ва унга таъсир этувчи омилларни чуқур таҳлил қила олиши, муассасанинг миссияси ва мақсадидан келиб чиққан холда ходимларни бошқариши, ходимларни танлаш ва иш жойларига тақсимлаши, тиббий хизмат сифатини ошириш мақсадида ходимларга зарурий мотивация усулларини қўллаш олиши ҳамда келиб чиқадиган зиддиятлар сабаблари таҳлил қила олиши ва уни бошқариш кўникмаларига эгаллиги билан тизимда фаолият олиб бораётган ўрта махсус маълумотли ҳамширалардан тубдан фарқ қилади.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки, менежер ҳамширалар соғлиқни сақлаш тизимининг барча тармоқларида тиббий хизматни самарасини ошириш ва даволаш-профилактика муассасалар фаолиятини юкори даражада ташкиллаштириш имконини беради.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЙКАХ

Султанмуратова Г.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В настоящее время бездетные браки остаются важной медицинской и социальной проблемой. По данным литературы, у женщин с патологией репродуктивной системы отмечается высокая частота хронических эндометритов. Воспалительные заболевания органов малого таза и хирургическое вмешательство в полости матки - известные факторы развития хронического эндометрита, одним из проявлений которого являются внутриматочные синехии, приводящие к вторичному бесплодию. У больных с бесплодием внутриматочные синехии наблюдаются более чем в половине случаев.

Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить распространенность внутриматочных синехий у женщин репродуктивного возраста, страдающих вторичным бесплодием и перенесших в анамнезе выскабливание полости матки по поводу подслизистых миом, полипов и аборт, и проверить эффективность офисной гистероскопии для диагностики и лечения послеоперационных спаек.

Материалы и методы. Ретроспективно собраны данные 155 женщин с вторичным бесплодием, обратившихся для проведения офисной гистероскопии в 9 акушерско-гинекологический комплекс (город Ташкент) в период с 2014 по 2018 годы. В анамнезе все исследуемые женщины перенесли выскабливание полости матки по поводу подслизистых миом, полипов и аборт.

Результаты. Среди 155 женщин с вторичным бесплодием после проведенной офисной гистероскопии у 29 (18,7%) женщин обнаружены внутриматочные синехии: 17/83 (20,5%) женщины, перенесшие удаление подслизистых миоматозных узлов, 5/46 (10,9%) женщины, перенесшие удаление полипов, и 7/26 (26,9%) женщины, перенесшие выскабливание полости матки по поводу аборт. Произведен эффективный адгезиолизис процедурой офисной гистероскопии у 16/29 (55,2%) пациентов: 11/17 (64,7%), 2/5 (40%) и 3/7 (42,9%) - женщины, перенесшие выскабливание полости матки по поводу подслизистых миоматозных узлов, полипов и аборт соответственно.

Вывод. Внутриматочные синехии являются распространенным осложнением выскабливаний полости матки. Офисная гистероскопия - это простая и эффективная

процедура диагностика и удаления новообразования для восстановления фертильности женщин.

АНАТОМИЯ ФАНИНИ ТИББИЁТ ТАЛАБАЛАРИГА ЎРГАТИШДА ЛОТИН ТИЛИ ҚИЙИНЧИЛИКЛАРИ ВА УЛАРИНИ БАРТАРАФ ЭТИШ ЙЎЛЛАРИ

Султонов Р.К., Шодиева Н.Д., Хонов А.Ш.
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Анатомия фанини тиббиёт институти талабаларига ўқитишда ўзига хос қийинчиликлар мавжуд бўлиб, мактаб, академик лицей, коллеж ўқувчилари учун ноъмалум бўлган лотин тилининг қўшилиши талабалар учун ўзига хос қийинчиликларини келтириб чиқаради. Яни анатомия фанидан жамики одам танасига тегишли қисмларнинг ўзига хос жиҳатларини ўрганиш асносида ўларни лотин тилида берилиши тиббиёт институти талабаларига фанни ўрганишда юзага келадиган муаммолардан бири саналади.

Текшириш усул ва методлари: Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали 2-тиббий биологик фанлари кафедрасида Анатомия фани дарслари лотин тилига тегишли эканлиги ва бу фанни яхши ўзлаштиришлари учун текширув олиб борилди.

Яъни ўқитувчи дарс максоди билан талабаларни таништириши ва шу мақсадга эришишнинг конкрет (аниқ) усулларини кўрсатиб туриши лозим. Хар бир дарс учун ўқитувчи ўз методик билими ва маҳоратини ишга солиб ҳамда талаба эҳтиёжи ва талабидан келиб чиққан ҳолда тил материалдан нимани ва қандай ўрганишни аниқ белгилаб олиши лозим. Маълумки, тил материални такрорлаш ёрдамида мустахкамланади. Лекин бу қайтариш қуруқ бўлмасдан, балки бирор бир жараёнда коммуникатив мақсадга хизмат қилувчи ситуатсия тузиш, интерфаол усуллар, уйга вазифани такрорлаш шаклида кечиши керак. Ўқиш асносида талабалар ё материални унутиш, ё

ўрганилган материал янги комбинатсияда нотанишдек туюлиши каби қийинчиликларга дуч келади. Бу қийинчиликларни бартараф қилиш учун хар бир дарслар давомида мавзуга тегишли луғатларни ёзиш, ва справочниклардан тўғри фойдалана олиш кўникма ва малакаларини талаб қилади.

Хулоса: Шундай қилиб, анатомия фанини ўргатишда лотин тили билан боғлиқ қийинчиликларни бартараф этиш учун, тиббиёт талабаларига фан мавзуларига тегишли луғатларни ёздириш, уларни маносини тушунтириш талабаларда фикр-мулоҳаза юритишни ва маъно жиҳатдан таҳлил қилишни таъминлайди.

Шунингдек ўтилаётган дарслар давомида олдинги мавзуларга тегишли жумлалардан фойдаланиб, янги инновацион усуллардан фойдаланиш талабаларда анатомия фанига нисбатан мотивацияни оширади.

ИНГЛИЗ ТИЛИНИ ИНТЕНСИВ ЎҚИТИШ

Таджиева Н.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бугунги кунда жамиятимиздаги улкан ўзгаришлар, жумладан, давлатлараро ўзаро ҳамкорликлар, ташқи иқтисодий алоқалар, деярли барча соҳадаги туб бурилишлар чет тилларни тез ва самарали тарзда ўрганишга туртки бўлмоқда. Чет тил ўқитиш методикасининг ривожланиши бугунги давр талабларидан келиб чиқиб чет тилларни интенсив ўқитиш усулини ҳаётга тадбиқ этилишига замин яратади. Таълим соҳасида интенсив ўқитиш усулини бирон бир фан ўқув дастуридаги мавжуд мавзуларга ажратилган соатларни қисқартириб, ундаги энг асосий, ўша фан асосини ташкил этувчи мавзуларни қисқа муддат ичида ўрганувчилар томонидан ўзлаштирилиб борилиши билан изоҳлаш мумкин, ёки жадаллаштириб ўқитиш усули сифатида ҳам ифодалаш мумкин.

Интенсив бўлмаган чет тил ўқитиш усулида тилни ўрганаётган шахс юқорида кўрсатилган нутқ фаолияти турларидан яхши кўникма ва малакага эга бўлмаслиги кўзга ташланади. Грамматикадан билимга эга бўлмасадан, лекин инглиз тилидаги матнларни қийинчилик билан тушунади, бирор бир гап тузишда гапнинг қурилиш тартибини керакли сўзларни эшлашга жуда кўп вақт сарфлайди. Тинглаб тушуниш ёки гапиришга тўхталадиган бўлсак, у билан бирон бир мавзу юзасидан суҳбат олиб борилганда, дейлик об-ҳаво ҳақида, у суҳбатдоши билан фақатгина ўша мавзу юзасидан ўргатилган сўзларнигина ишлатиб сўзлаша олади.

Таълим соҳасида “интенсив” сўзи “интенсив ўқитиш” ибораси билан деярли бир хил маънони англатади. Ҳозирги кунда инглиз тили асосан “English as a second language” сифатида, амалий жиҳатдан чуқур ўргатиладиган ўқув марказларида интенсив ўқитиш атамасидан кенг фойдаланилмоқда. Бунда дарслар ҳафтасига академик соат мобайнида олиб борилади, қисқа муддат ичида (3-4ойдан 1 йилгача) инглиз тили билан шуғулланиш мумкин. Ўқиб тушуниш ва ёзиш юзасидан кўникма ва малакани дарсдан ташқари вазифа сифатида ўқиш учун матнлар ва ёзиш учун мантлар ва ёзиш учун турли машқлар ва эссе (иншо)лар бериш орқали ҳам ривожлантириб борилади. Шунда инглиз тилидан билим, кўникма ва малакалар интенсив равишда ҳосил бўлади. Бу эса интенсив ўқитиш усули билан инглиз тилини чуқур ўрганиш мумкин эканлигини исботлайди.

INTERRELATIONS OF STYLISTICS AND RHETORIC

Tadjieva N.K.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Stylistics qualities of sentences refer to those such as sentence clearness, meaning of it can be understood easily, sentence unity, sentence coherence, sentence emphasis, sentence euphony and sentence strength. Stylistics is a scientific study of the devices in language such as rhetorical figures as Active Rhetorical Means and syntactical patterns, as passive rhetorical means that are considered to produce expressive or literary style.

Stylistics is a scientific study of style. The word ‘style’ used in the definition refers to a distinctive or characteristic manner..... By identifying.....employing the device in languages such as rhetorical figures as Active Rhetorical.....as Passive.....stresses on the analyses of the style of eventually-composed texts or discourses.

Rhetoric is the art or science of communication, the art of oratory and rules of composition formulated. It is believed to be the scientific study of how language could be employed expressively and effectively. On the other hand, Stylistics is the study of style of text. It only identifies style that exists in a discourse. It does the evaluative and descriptive work by decomposing the texts and summarizing rules and principles worked out in the statistical accounts of and in analyses of text.

Rhetoric can be defined either as an extensive study or as an intensive study. Stylistics is a scientific study of the devices in languages such as rhetorical figures as Active Rhetorical Means and syntactical.

Rhetoric question is one of the stylistic figures in which conformation is expressed in the structure of question. This question does not claim an answer, because the answer can be understood from the meaning and intention of the question. It only increases the emotiveness and expressiveness of the utterance.

Rhetorical question is one that expects no answer. It is asked in order to make a statement rather than to get a reply. It is frequently used in dramatic situation and in publicist style.

To understand the essence of stylistic devices as Rhetoric and its interrelation with Stylistics helps the student to express their feelings and emotions in a proper way to be understood clearly.

ОСОБЕННОСТИ ВИТРЕАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ТАМПОНАДЕ ВИТРЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СИЛИКОНОВЫМ МАСЛОМ В УСЛОВИЯХ АФАКИИ

Ташмухамедов А.А., Бузруков Б.Т.

ТашПМИ

Актуальность. Субтотальная витрэктомия с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом в настоящее время является операцией выбора при лечении отслойки сетчатки, осложненной развитием витреоретинальной пролиферации, в том числе у пациентов с афакией. Эффективность операции достигает 96%, а при афакии – 89%. При этом одной из основных проблем тампонады в условиях афакии является высокая вероятность миграции силикона в переднюю камеру, вследствие чего развивается вторичная глаукома и дистрофия роговицы.

Цель. Оптимизировать хирургическую тактику при выполнении тампонады витреальной полости силиконовым маслом (СМ) в условиях афакии у пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки (ОС).

Материал и методы. Хирургическое лечение ОС выполнено на 40 глазах у 40 пациентов. Во всех случаях тампонада витреальной полости СМ выполнялась в условиях афакии глаза. Всем пациентам выполнялась витрэктомия с тампонадой витреальной полости СМ использованием инструментов 23G. Технологическими особенностями операции явились: введение силикона методом одномоментной замены ПФОС/СМ, выполнение замены веществ только на герметичной передней камере, введение силиконового масла после предварительного сужения зрачка, выполнение иридэктомии, введение в переднюю камеру препарат Viscoat (Alcon, США) для предотвращения миграцию СМ в переднюю камеру.

Результаты и обсуждение. Тампонада витреальной полости СМ на фоне афакии с успехом выполнена во всех случаях. Миграция СМ в переднюю камеру возникла в 2-х случаях (5%) в течение первых суток после операции. Причиной миграции СМ, возникшей в раннем послеоперационном периоде, стало длительное нахождение пациентов в положении на спине (более 1 часа) после завершения операции в сочетании с мидриазом зрачка. В обоих случаях СМ из передней камеры было удалено с повторным введением раствора Viscoat и положением больного «вниз лицом». В результате хирургического лечения прилегания ОС в процессе операции удалось достичь в 100% случаев. Проведенная работа также подтвердила важность соблюдения положения «вниз лицом» непосредственно после завершения операции.

Выводы. Применение выше описанных технологических особенностей операции позволяет своевременно предотвратить миграцию силикона в переднюю камеру глаза на различных этапах лечения, что делает операцию субтотальной витрэктомии с тампонадой витреальной полости СМ эффективным и безопасным способом лечения ОС в условиях афакии.

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЯМКЕ ДИСКА ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Ташмухамедов А.А.

ТашПМИ

Актуальность. Ямка диска зрительного нерва (ДЗН) — редкая врожденная патология (1 на 10000 население), чаще всего является монолатеральным поражением, локализуется в темпоральной, назальной или центральной области ДЗН, а ее размер варьирует от 1/3 до 1/8 диаметра ДЗН. В 1927 году Halbertsma К.Т. (Англия) впервые опубликовал данные о сочетании ямки диска зрительного нерва с макулярным

поражением, сопровождающееся низкой остротой зрения. Ранее проводимые методы лечения при этой патологии недостаточно эффективны, поэтому разработка новых методов является актуальной задачей.

Цель. Оценить эффективность и целесообразность витрэктомии в лечении высокой отслойки сетчатки вызванной ямкой ДЗН используя современные методы.

Материал и методы. На научной практической конференции 2016 г группой авторов из ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» предложена новая методика хирургического лечения ямки ДЗН. Техника методики: с височной стороны от ямки ДЗН посредством проведения кругового макулорексиса и пилинга внутренней пограничной мембраны (ВПМ), формируют лоскут ВПМ и отсепааровывают его, не доходя до кольца ДЗН 0,5-0,8 мм, отсепаарованный лоскут ВПМ переворачивают, накрывают им ямку ДЗН, вводят перфторорганические соединения (ПФОС), осуществляют легкое компрессионное воздействие на лоскут над ДЗН, после этого выполняют замену ПФОС на газо-воздушную смесь. Нашему пациенту было проведена операция по вышеуказанной методике, но учитывая высоту кистозного отека и выраженный ретиношизис использована силиконовая тампонада с эндолазеркоагуляцией верхне-внутреннего сегмента.

Результаты и обсуждение. У пациента через 10 дней на контрольном осмотре: острота зрения—OS=0.02 с/к sph(+) $8.0=0.1-0.2$, ВГД-16мм.рт.ст. на В-скане сетчатка прилежит, на ОКТ в центральной зоне высота отека снизилось до 255мкм, фовеа сглажена. Офтальмоскопически: макулярный и фовеолярный рефлексы не просматриваются, ДЗН прикрыт лоскутом ВПМ, силиконовая тампонада.

Выводы. Современные методы витреоретинальной хирургии в лечении проблемных заболеваний зрительного нерва и макулы достаточно эффективны, при этом предлагаемая методика хирургического лечения ямки ДЗН требует дальнейших исследований

очередь, снизит риск развития нарушения кишечной проходимости и хронических абдоминальных болей;

- Снижение частоты рецидивов вентральной грыжи;
- Сохранение функции мочевого пузыря после IPOM пластики.

Материалы и методы: предложенный способ лапароскопической пластики вентральных грыж заключается в установке композитного сетчатого эндопротеза на этапе закрытия грыжевого дефекта с его адекватным перекрытием не менее чем на 5 см. До установки композитного сетчатого эндопротеза интраоперационно заполняют мочевой пузырь жидкостью. При положении дна заполненного мочевого пузыря в пределах предполагаемого ложа композитного сетчатого эндопротеза намечают разрез париетальной брюшины по линии ее перехода на мочевой пузырь. После чего мочевой пузырь опорожняют, а париетальную брюшину рассекают по намеченной линии с последующей интраперитонеальной установкой композитного сетчатого эндопротеза с адекватным перекрытием грыжевого дефекта не менее чем на 5 см. Затем заводят каудальную часть композитного сетчатого эндопротеза предбрюшинно-предпузырно через произведенный разрез, который после этого закрывают, фиксируя париетальную брюшину поверх протеза.

Результаты: с 2014 по 2018 гг. по данной методике нами выполнено 24 IPOM герниопластик. В ходе данных процедур рутинно исследовалась экскурсия мочевого пузыря. В 9 случаях было выявлено лежание дна заполненного мочевого пузыря в пределах ложа эндопротеза. В этих случаях выполнялась модифицированная IPOM герниопластика. Во всех случаях в послеоперационном периоде нами не наблюдалось дизурических явлений, признаков спаечного нарушения кишечной проходимости. Все 9 пациентов, перенесших модифицированную IPOM пластику были повторно осмотрены через 6 и 12 месяцев после вмешательства. Рецидивов грыж, хронических абдоминальных болей выявлено не было.

Заключение: рутинное исследование экскурсии мочевого пузыря и, по показаниям, предбрюшинно-предпузырное расположение каудальной части эндопротеза представляются весьма перспективными. Интраоперационно хорошо видно, что при соблюдении данных принципов радикально снижается риск подворота аллотрансплантата. В наших наблюдениях этот способ также зарекомендовал себя как эффективный и безопасный. Однако, для рекомендации его к широкому клиническому применению необходимы полномасштабные исследования с группами сравнения и длительным послеоперационным наблюдением пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тулашев Х.А., Нурматов С.Т., Наврузов Б.С.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к числу редких заболеваний. В настоящее время для лечения больных НЯК применяются паллиативные и радикальные операции (илеостомия с целью выключения толстой кишки, сегментарные резекции и колонэктомии)

Цель. Изучать эффективности различных способов хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы. Нами в период с 2015 по 2018 гг. проведено обследование 103 больным с неспецифическим язвенным колитом в возрасте от 18 до 46 лет, из которых мужчин было 67, женщин — 36, с длительностью заболевания более 3 лет. Нами были оперированы 55 (53.4 %) больных. Распределение больных по видам выполненных им операций : у 14 пациентов произведена илеостомия для выключения толстой кишки , у 9 – сегментарная резекция толстой кишки , у 5 – левосторонняя гемиколэктомия на высоте кровотечения , у 8 -тотальная колонэктомия с илеостомией, у 9-субтотальная колонэктомия с илеоректоанастомозом и у 10 больным произведено субтотальная колонэктомия с созданием резервуара из подвздошной кишки с илеоректоанастомозом .Наибольшие затруднения вызывает хирургическое лечение тотального язвенного колита. Вопрос о методе оперативного вмешательства при этой форме окончательно не решен. Мы выполняли субтотальную колонэктомию с сохранением части прямой кишки со сфинктером, созданием У-образного резервуара из подвздошной кишки, с которым формируется илеоректоанастомоз. Раньше формирование илеоректоанастомоза мы выполняли вручную, сейчас отдаем предпочтение современным циркулярным сшивающим степлерным аппаратам фирмы «Этикон».

Результаты исследования и их обсуждение.

Общая летальность при неспецифическом язвенном колите, по данным нашей клиники, составила 14.7 %, а послеоперационная — 16.2 %. Среди 55 пациентов, выписанных после операции, у 24 отмечено существенное улучшение состояния здоровья, исчезли изнуряющие поносы, хотя у большинства из них стул достигал 4—5 раз в сутки, был кашицеобразным, без слизи и гноя. Больные, у которых сохранялась прямая кишка, требовали дополнительно консервативного лечения.

Выводы .Наш опыт позволяют при плановых операциях по поводу неспецифического язвенного колита рекомендовать субтотальную колэктомию с созданием У-образного резервуара из подвздошной кишки с наложением илеоректоанастомоза как операцию выбора. В urgentных ситуациях — колонэктомию с илеостомией.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ДО 3-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА

Турамуратова М.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Оценкой физического здоровья детей и подростков населения информативными критериями является изучение антропометрических показателей роста и развития различных возрастных групп. Без изучения антропометрических нормативных параметров различных возрастных групп не возможно прогнозировать патологии среди детей и подростков. Антропометрическое развитие детей и подростков имеет различия в климато-географических условиях, экологии, национальных обычаях и социальных условиях.

Цель исследования: Изучить определенную динамику и параметры физического развития детей и подростков в городе Ургенча.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили практически здоровые дети, из родильных домов, воспитанники детских садов и учащиеся школ г. Ургенч. Всего обследовано 560 детей из них 210 мальчиков и 350 девочек в возрасте от новорожденного периода до 16 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что вес у новорожденных впервые 10 дней в среднем между 3100-3900 г, мальчики весят на 100-145 г больше девочек. Длина роста у новорожденного измерялась от верхушки головы до пятки и составляла в среднем 52 см, варьируя между 47-56 см. Впервые 3-5 дней после рождения происходит физиологическая потеря в весе в размере до 300 г от первоначального веса. Первоначальный вес восстанавливается в течение 10-12 дней после рождения, в это время длина увеличивается на 1,9- 2,1 см.

Показатели роста детей мужского пола от 48,0 см до 54,0 см, в среднем составляла $51 \pm 2,02$ см. Масса тела колебалась от 3,55 кг до 4,6 кг, в среднем была равна $3,95 \pm 0,19$ кг. Окружность груди в паузе находится в пределах от 12,3 до 15,2 см, в среднем – $13,7 \pm 0,68$ см. На высоте вдоха груди колеблется от 13,90 до 15,7 см, в среднем $14,80 \pm 0,70$ см. При полном вдохе – от 12,8 см до 14,4 см, в среднем $13,6 \pm 0,61$ см, поперечный диаметр груди колеблется от 8,0 до 12,3 см, в среднем – $10,30 \pm 0,38$ см.

На первом году жизни наиболее быстрый рост имеет место в первый месяц, когда вес новорожденного увеличивается на 4,2 см. На 2 и 3 месяц жизни прирост снижается до 3,2 см и до окончания первого года жизни остается постоянным 1-2 см ежемесячно. Рост у детей 1 года от 65,9 см до 79,3 см, в среднем составляя $72,6 \pm 3,63$ см. Масса тела колебалась от 8,6 кг до 10,1 кг, в среднем была равна $9,35 \pm 0,44$ кг. Окружность груди в паузе находится в пределах от 31,3 до 36,4 см, в среднем – $33,75 \pm 1,68$ см.

Выводы. 1. Полученные данные показали что, рост у детей в возрасте от новорожденного до 3 лет увеличивается 1,80 раза. Небольшой темп отметить, что наибольший темп при роста и массы тела отмечается от 1 года до 2 лет. 2. Размеры окружности грудной клетки в паузе с 1 до 3 лет у здоровых лиц мужского пола увеличивается в 1,29 раза. Наибольший темп при роста у мальчиков от 1 до 3 лет увеличивали 1,27 раз (127%),

ФАКТОРЫ РИСКА НЕДОНОШЕННОСТИ

Турсункулова М.Э., Рустамова Х.Е.

Каршинский государственный университет,

Ташкентская медицинская академия

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицине это проблема недоношенности, который носит четко выраженный медико-социальный характер, т.к. вклад недоношенных новорождённых в неонатальную смертность составляет 70%, а

заболеваемость 75%. Удельный вес недоношенных в общей популяции детей раннего возраста постоянно увеличивается, что связано с успешной первичной реанимацией глубоко недоношенных, родившихся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Данные о частоте рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ отличаются достаточным размахом уровня в разных странах. Необходимо отметить, что причины преждевременных родов многообразны и часто сочетаны.

Цель исследования: определить наиболее значимые факторы риска рождения недоношенных детей и особенности их развития.

Материал и методы исследования: Были опрошены 200 женщин, родивших недоношенных детей с очень низкой массой тела. Для проведения опроса предварительно были составлены анкеты с соответствующими вопросами.

Результаты исследования: Все факторы риска рождения недоношенных детей мы разделили на социально-экономические и медицинские. Социально - экономические факторы: уровень образования и семейное положение, наличие вредных привычек у одного или обоих родителей, характер профессионального труда, отношение женщины к беременности и др. Медицинские факторы: возраст матери до 18 лет или выше 30 лет, многоплодная беременность, экстрагенитальная патология и инфекция у беременной, осложнения беременности, многоплодие или многоводие, внутриутробная гипоксия и др.

Изучение особенности развития детей с малым весом позволило сделать следующие выводы: дети рожденные с малым весом и раньше срока отличаются от доношенных детей большим числом нарушений здоровья, более высокой частотой острой заболеваемости, соматической патологии, формирования последствий перинатальных поражений центральной нервной системы. Физическое развитие детей в возрасте 1 года, рожденных с низкой массой тела по сравнению с доношенными детьми, характеризуется более низкими показателями массы и длины тела, частыми отклонениями физического развития в виде низкого роста, дефицита массы тела, а также отставаниями нервно-психического развития, инвалидизацией.

Таким образом, преждевременные роды это полиэтиологичная проблема, в формировании которой участвуют все органы и системы организма матери, и которая возникает как патологический ответ со стороны плаценты и эндометрия, приводящий к невынашиваемости беременности.

ВНЕШНИЙ КОМПРЕССИОННО – ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ

Тухтасинов Х.Т. Мухамадиев.А.Б. Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Открытые переломы длинных костей продолжают оставаться одним из наиболее актуальных вопросов травматологии. По многочисленным данным ведущая роль среди открытых переломов в силу тяжести течения, развития различных осложнений принадлежит открытым переломам бедренной кости. Поэтому поиск путей улучшения результатов лечения этой патологии остаётся в центре внимания травматологов.

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ, с целью малоинвазивного внеочагового остеосинтеза открытых переломов бедренной кости, разработан комбинированный стержневой аппарат внешней фиксации (Рац.предложение №34 Пат. Вед.РУз. от 31.12.2009г.), позволяющий осуществлять одномоментную закрытую управляемую репозицию отломков бедренной кости. В качестве внешних конструкций мы использовали набор деталей аппарата Г.А. Илизарова.

Разработанный нами стержневой аппарат состоит из четырёх укороченных дуг или полуколец аппарата Илизарова, восьми фиксационных (диаметром от 4 до 6 мм) и девяти соединительных стержней. Соединяющим элементом между наружной опорой и

фиксационным стержнем служит кронштейн с резьбовым хвостиком. Комбинирование деталей аппарата Илизарова и фиксирующих стержней, в нашем аппарате даёт возможность проведения оперативных вмешательств на повреждённых конечностях без применения специальных наружных опор. Это позволяет экономить средства для приобретения зарубежных стержневых аппаратов.

Проведение стержней через оба кортикального слоя костных отломков и крестообразное расположение стержней, фиксируемых в полукольцевых металлических опорах, обеспечивает одинаково стабильную фиксацию костных отломков в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, и позволяет обеспечить оптимальные биомеханические условия для регенерации костной ткани в течение всего периода лечения.

При открытых переломах с тяжёлыми повреждениями мягких тканей, одностороннее расположение аппарата на сегменте конечности вне очага повреждения, даёт возможность производить одновременно оперативные вмешательства на мягких тканях и сосудисто - нервных стволах повреждённой конечности нескольким операционным бригадам (травматологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов). В послеоперационном периоде наш стержневой аппарат не затрудняет проведения лечебных манипуляций и перевязок.

Отсутствие дополнительной внешней (гипсовой) иммобилизации поврежденной конечности даёт возможность проведения раннего функционального лечения травмированной конечности и создаёт условия для ранней активизации больного.

Операция проводится под общим, спинномозговым обезболиванием. Грубые смещения костных отломков, устраняем на репозиционной подставке в операционной до наложения аппарата и производим рентгенографию в двух проекциях.

Техника операции довольно проста и безопасна в том смысле, что практически исключен риск повреждений сосудисто-нервных стволов.

Определяем оптимальные зоны введения стержней в отломки. Производим сверление в каждый из отломков по передневнутренней поверхности большеберцовой кости при помощи электродрели сверлом диаметром 3 мм. Затем ввинчивается в подготовленные отверстия первая пара стержней. Аналогичным образом после просверливания костного канала в каждый из отломков бедренной кости по передненаружной поверхности, вводится вторая пара стержней. Таким образом, каждый из отломков фиксирован двумя стержнями, введенными в разных плоскостях, расположенных под углом 70-90 градусов друг к другу. Монтируется аппарат из 4 укороченных дуг или полуколец. Фиксационные стержни фиксируются полукольцам с помощью кронштейнов с резьбовым хвостиком. Полукольца соединяются между собой посредством трёх соединительных стержней со сплошной нарезкой. Длина соединительных стержней зависит от расстояния между внутренними опорами, располагающимися на каждом отломке. Производят контрольную рентгенографию. Если репозиция отломков достигнута, вводится третья и четвёртая пара стержней в проксимальный и дистальный отломки бедренной кости, с ее передней поверхности, отступая на 7-8 см от линии перелома. Производим рентгеновский контроль положения отломков. Жёсткость фиксации достигается парностью полукольцевых опор, т. е. на каждом отломке должны быть смонтированы по 2 внешние опоры на оптимальном расстоянии между ними. Для достижения стабильной фиксации используется 8 стержней.

Нами изучены результаты лечения у 22 больных с открытыми переломами бедра, имевших обширные (более 5 см длиной) и размозженные раны мягких тканей, которым применена новая методика. Результаты хорошие. Внедрение методики дало возможность усовершенствовать технику операции чрескостного остеосинтеза, сократить время операции и свести до минимума травматизацию мягких тканей. Сочетая периоды полного анатомического и функционального восстановления конечности, наш аппарат позволяет добиваться сокращения сроков стационарного лечения, удобен для больного,

обеспечивает комфорт при уходе за больным и позволяет проведение ранней реабилитации пострадавших.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости среди всех переломов длинных костей конечностей составляют от 12,4% до 13,6%, диафизарные повреждения – 35%. Переломы плечевой кости относятся к одной из сложных травм, при которых в результате неправильной и несвоевременно оказанной помощи развиваются значительные нарушения функции плечевого сустава, которые в дальнейшем приводят к высокой инвалидности и стойкой утрате трудоспособности больных. Лечение диафизарных переломов плечевой кости начинают с консервативных методов. Ручная репозиция и последующая гипсовая фиксация не всегда позволяют добиться полного сопоставления отломков, их прочной фиксации на весь период лечения. По литературным данным при переломах диафиза в 25,8% случаях наблюдается вторичные смещения, в 47% неудачная закрытая репозиция фрагментов. Недостатком фиксационного метода является необходимость длительной внешней иммобилизации конечности, что приводит к развитию атрофии мышц и к образованию стойких контрактур в суставах верхней конечности.

Показаниями к оперативному лечению диафизарных переломов плечевой кости являются:

Свежие и множественные, двойные переломы со смещением костных отломков, с интерпозицией мягких тканей, с признаками сдавления сосудисто-нервных пучков

Открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, когда консервативные методы не дают желаемого результата.

В РНЦЭМП Хорезмского Филиала при лечении диафизарных переломов плечевой кости применено новое техническое решение – спице-стержневой компрессионно-дистракционный аппарат. В основу аппарата входит применение колец от аппарата Илизарова в компановке из 2-х,3-х,4-х полуколец, скрепленных между собой планками и стержнями на трёх уровнях. После ручной репозиции, вводятся по две стержни через крайние полукольца на дистальных и проксимальных концах плечевой кости и фиксируются к кольцам специальными стержневыми фиксаторами или планками. При необходимости проводится дистракция в аппарате, в непосредственной близости, 1,5-2 см от перелома проводятся по две перекрещивающиеся спицы, соответственно через проксимальный и дистальный отломки и фиксируются к рабочим кольцам.

В дальнейшем делается контрольная рентгенография и на основании полученных данных при необходимости, репозиция отломков доводится до удовлетворительного состояния.

Данная методика остеосинтеза применена у 52 больных с диафизарными переломами плечевой кости различной локализации и с различными характерами линии перелома. Из них мужчин было 39, женщин 13. Переломы в средней трети наблюдались в 12 случаях, в нижней трети – в 26, в верхней трети в 14. Всем больным применялся закрытый остеосинтез без обнажения зоны перелома. Во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты, осложнений не было. Анализ результатов их лечения и наблюдения за больными показали, что стержневые компрессионно-дистракционные аппараты дают возможность удовлетворительно репонировать костные фрагменты, их прочно фиксировать с сохранением движений в смежных суставах поврежденной конечности. Кроме того, применение упрощенной компановки намного облегчает монтаж аппарата при экстренной травматологии и легко переносится больными. В связи с этим,

мы предлагаем при остеосинтезе диафизарных переломов плечевой кости шире применять спице-стержневую фиксацию на основе аппарата Илизарова в практике травматологов.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Уразбаев А.А., О.С. Ражабов, Ж.Д. Уразбаев, Х.Р. Хударганов
РШТЁИМ Хоразм филиали

Болаларда билак суякларининг синиши таянч харакат аъзолари шикастланишлари ичида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири хисобланади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра билак суякларининг синиб –чиқишлари елка камари суяк сегментларининг турли синишларига қараганда биринчи ўринда туради ва 64,3-68% ни ташкил қилади.

Республика Шошинч Тиббий Ёрдам Илмий маркази Хоразм филиалида 2016-2019 йиллар давомида бизнинг кузатувимизда 248 та бемор болалар суякларининг диафизар синишлари билан даволандилар ва бу болалардаги барча суяк синишларини 31,6% ни ва қўл синишларини 42,2%ни ташкил этади. Болаларда билак суяклари диафизар синишларини даволашнинг асосий усули бу консерватив даво усулидир, аммо бизнинг кузатув материалларимизга қараганда, ҳамда баъзи адабиётларни ўрганган холда шундай хулосага келиндик: билак суяклари ўрта/3, п/3, ю/3 синиқларини қўл ёрдамида бир лахзали репозицияси хар доим қониқарли натижа бермай қолади, шу сабабли синиқлар 3/1 силжиши ва 10 градус бурчакли силжишларда тўлиқ остеосинтез операцияси қўлланилиши керак бўлади.

Болаларда билак суякларини диафизар синишларини консерватив даволаш усуллари билан бир қаторда, биз 48 та беморларда ЭОП (Электрон оптик телерентгеноскопия – С-АРМ) аппарати ёрдамида ёпиқ усулда Илизаров кегайлари ёрдамида интрамедулляр остеосинтез, кегай-стерженли Илизаров аппарати ёрдамида -20 та, Богданов стерженлари ёрдамида очик интрамедулляр остеосинтез -121 та, пластинкалар ёрдамида очик остеосинтез -16 та, комбинирланган остеосинтез- Богданов стержени ва Илизаров аппаратлари ёрдамида -43 та беморларда остеосинтез каби оператив даво усуллари қўлладик.

Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1-2 соат ичида клиник-лабораторик, рентгенологик текширишлар, кўрсатма бўйича педиатр ва бошқа мутахассислар кўригидан сўнг шошинч равишда оператив даво қўлладик, чунки болаларда психоэмоционал холатлар, шикастлангандан кейин ўтадиган хар бир дақиқа даволаш натижаларини ёмонлаштиради.

Билак суяклари диафизар синишларини оператив даволаш натижалари 211 бемордан 198 тасида яхши, 9 тасида қониқарли ва 4 та беморда қониқарсиз натижа кўрсатди.

Болаларда даволаш тактикаси унинг ёши, жароҳат турлари, суяк синишларининг тури ҳамда суяк бўлақларининг силжиш юзаларини хисобга олган холда танланиши зарур.

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДЎНГЛАРАРО СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Жуманиязов Н.Қ., Ражабов .О.С.
РШТЁИМ Хоразм филиали

Елка суяги дўнгларао синишлари болаларда учрайдиган шошинч травматологиянинг энг замонавий муаммоли шикастланишларидан бири хисобланади. Юқори елка камари синишлари ичида энг кўп учрайдиган билак суяклари синишидан

кейин иккинчи ўринни эгаллайди ва 38,3 -42,4% ни ташкил қилади. Шундан болаларда учрайдиган дўнглраро синишлар елка суяги синишларининг 25-30% ни ташкил қилади. Тирсак бўғими жароҳатларининг ушбу турида, бўғимда гематома ҳосил бўлиши, қонталашлар кузатилиши, бўғим ҳалтаси йиртилиши, мушаклар, қон – томир нерв тутамлари жароҳати кузатилиши ҳаттоки бу турдаги синишлар очик синишларга айланиши мумкин (суяк ўткир учлари тери бутунлигини бузиши натижасида). Бунинг натижасида турли хил йирингли асоратлар, варус- вальгус деформациялар, рекурвация, антекурвация, бўғим функциялари бузилиши контрактура (бўғимда ҳаракатлар чекланиши) ҳаттоки анкилозлар (бўғимда ҳаракат тўлиқ йўқолиши) ҳам кузатилиши мумкин, бу эса болаларда узоқ вақт давомида меҳнат қобилиятининг бузилишига олиб келади. Шу сабабли бу турдаги шикастланишларда болаларга эрта ташҳис қўйиш, биринчи тиббий ёрдам усулини тўғри танлаш, уларни амбулатор шароитда тўғри ташҳислаш, даволаш, репозиция қилиш зарур пайтларда регионар оғриқсизлантириш остида самарали бўлган Илизаров аппарати ва Киршнер кегайлари ёрдамида остеосинтез усулларидан фойдаландик.

Бизнинг травма постимизда 2017-2019 йиллар давомида шифохонага ётишдан оилавий шароити сабабли қатъий бош тортган елка суяги дўнглраро синиши билан 35 та беморга амбулатор шароитида репозиция қилиниб даво муолажалари бажарилган. Шулардан 20- таси эркаклар 15- таси аёллар. Барча беморларга синик соҳалари 3- марта йод спирт билан ишлов берилиб маҳаллий + регионар оғриқсизлантириш остида бир лахзали қўл ёрдамида репозиция қилиниб Илизаров аппарати ёрдамида ёпик остеосинтез - 28 беморга қўйилди, 7 та беморга кесишувчи Киршнер кегайлари ёрдамида ёпик остеосинтез операциялари бажарилди.

Олинган натижалар: 35 та бемордан 34 тасида яхши натижа, 1 та бемордан қониқарли натижалар олинди.

Хулоса:

1. Бир лахзали репозиция қилиниб Илизаров аппарати ёрдамида қониқарли фиксацияни ушлаб туради
2. Бу усул тирсак бўғимини эрта ишлатиш имконини яратади.

ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Уразбаев А.А. Тахиров Ж.М. Хударганов Х.Р.
РНЦЭМП Хорезмский филиал

Оказание помощи пострадавшим на догоспитальном этапе, к сожалению, оставляет желать лучшего. Высокий процент смертности на месте травмы во многом связан с недостаточной подготовкой врачей по проблеме политравмы. Весьма важной является подготовка по вопросам оказания экстренной медицинской помощи при различных травмах всех участников дорожного движения (сотрудников ГАИ, водителей и др.), а также спасателей различных категорий, рабочих потенциально опасных предприятий, так как около 10 % пострадавших госпитализируется в стационары без участия скорой помощи. На догоспитальном этапе оказывают неотложную помощь: прекращают кровотечение, при нарушении дыхания обеспечивают проходимость дыхательных путей и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), при остановке сердца делают непрямой массаж и используют медикаментозные средства; осуществляют транспортную иммобилизацию и обезболивание. Медпомощь пострадавшим с политравмами на всех этапах лечения должна оказываться настолько быстро и в таких объемах, чтобы обгонять патологические процессы, развивающиеся в органах и тканях вследствие прогрессирующих гипоперфузии и гипоксии, и не допускать их необратимости и декомпенсации жизненно важных функций. В США и ряде европейских стран весьма популярна концепция «золотого часа», суть которой заключается в том, что в течение 1

часа с момента получения повреждений у пострадавшего должны быть восстановлены жизненно важные функции, иначе в результате тяжелых осложнений, связанных с необратимыми процессами в организме, может наступить летальный исход. Это положение легло в основу организации неотложной помощи: в США срок доставки пострадавших с политравмами в травмоцентр — 45 мин, в Германии — 16 мин. Опыт показывает, что прогноз политравмы в значительной мере зависит от правильной первичной оценки состояния пострадавшего и определения характера повреждений на месте происшествия. С учетом литературных данных, изучения клинической картины при политравме на догоспитальном этапе, мы в клинической оценке состояния пострадавших выделили следующие синдромы, определившие диагностическую и лечебную тактику: расстройства дыхания, нарушения сознания, синдром травматического шока, острая кровопотеря, терминальное состояние. Выделение тяжести состояния превалирующих синдромов представило в первую очередь проведение неотложного догоспитального лечения, обеспечивающего безопасную транспортировку пострадавших в стационар. Посиндромная оценка состояния пострадавших на догоспитальном этапе проведено у 180 больных из 850 наблюдавшихся, на которых были составлены догоспитальные – амбулаторные карты больного с политравмой. Из 180 наблюдаемых нами больных при первичном осмотре 75 (41,6%) имели ту или иную степень нарушения сознания. Объем медицинских мероприятий зависел от первичного диагноза и был небольшим у пострадавших, находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Это были как раз те пострадавшие, которым был поставлен первичный диагноз политравма.

1. Проблема нормализации дыхания.
2. Устранение гиповолемии (кристаллоиды и коллоиды).
3. Проблема обезболивания (трамадол, морадол, набуфин, малые дозы кетамина 1–2 мг/кг в сочетании с бензодиазепинами).
4. Наложение асептических повязок и транспортных шин.
5. Транспортировка в лечебное учреждение на фоне продолжающейся интенсивной терапии.

Таким образом, диагностическая оценка состояния пострадавших на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар по превалирующему синдрому и ряду высокоинформативных признаков позволяет избежать диагностических ошибок, так и своевременно начать патогенетическое лечение.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Уроков Ш.Т., Ходжаев К.Ш., Абидов У.О., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Нурбобоев А.У.
БухМИ, Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Провести анализ эффективности применения механического литотриптера в комплексном лечении холедохолитиаза в ликвидации механической желтухи.

Материалы и методы: За период 2010–2019гг в Бухарском филиале РНЦЭМП прошло обследование и прооперировано 2855 больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ). Женщин – 2170 (76%), мужчин – 685 (24%). Средний возраст больных от 22-89 лет.

Из ранее оперированных в нашем центре и вновь поступивших (оперированных в других центрах Бухарской области и близлежащих областей) у 614 больных госпитализированы с диагнозом холедохолитиаз, Из них 329(53,6%) женщин, 285(46,4%) мужчин.

Причиной МЖ были: холедохолитиаз - у 123 больных; с осложнениями, синдром Мириizzi (СМ) - у 15; стриктура общего желчного протока (ОЖП) - у 5; острый холангит -

18; стеноз большого дуоденального сосочка - у 18; резидуальный холедохолитиаз - у 22; ущемленный камень БДС – 15.

Результаты: Эндоскопическую палилосфинктеротомию (ЭПСТ) удалось выполнить у 601(98%) больных. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 564 (91,8%) больных. При невозможности удаления камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов, производили механическую литотрипсию. Данная методика производилась с помощью механического литотриптора фирмы MTVWESEL (Germany). Удачно данная операция выполнена у 32 больных (5,2%). Неудачи механической литотрипсии было у 18 (2,9%) больных связанные прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и невозможностью доступа к БДС, которым произведена оперативное лечение традиционным способом.

Стандартная премедикация: внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 0,1% раствора атропина.

Осложнения наблюдали у 5,1 % больных. Среди осложнений преобладали кровотечения и легкие формы острого панкреатита, в большинстве случаев поддающиеся эндоскопическому и консервативному лечению. Вклинение корзинчатого зонда Dormia 2 случаях, потребовавшее оперативного лечения.

Вывод: эндоскопическая литоэкстракция является методом выбора у больных с холедохолитиазом, комплексное применение и использование механической литотрипсии при наличии относительно больших желчных камней в ОЖП уменьшает число оперативных вмешательств у данного контингента больных.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Файзиева У. Р., Ашурова А.Ш.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Проблема взаимосвязи состояния окружающей среды и здоровья человека в Республике Узбекистан с каждым годом приобретает все более актуальной характер в педиатрической практики. Важная роль в формировании иммунодефицитных состояний принадлежит нарушениям адаптации организма человека к изменениям окружающей среды. На организм ребенка, его физическое и умственное развитие большое влияние оказывают множественные факторы окружающей среды. Эти факторы, напрямую воздействуя на многие физиологические функции, оказывают влияние на состояние дыхания, обмена веществ, кровообращения, процесс пищеварения, мочеобразование и множество других. Здоровье человека отражает состояние экосистемы в целом, является обобщенным показателем качества среды обитания и её влияния на жизнедеятельность людей. Вредные факторы окружающей среды могут обуславливать развитие хронической патологии всех органов и систем и в частности: иммунной системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей и печени, эндокринной и ряд других систем. Неблагоприятные факторы окружающей среды могут выступать непосредственно в качестве аллергенов. В структуре бронхо-легочных заболеваний детского возраста пневмония занимает значительное место.

Цель исследования. Оценить показатели влияние факторов риска на распространенности внебольничной пневмонии среди детей раннего возраста.

Задачи исследование:

Изучить характеристики клинико-anamnestических данных внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: В период от 2018 г с января по февраля месяцев 2019 года проведена ретроспективный анализ (по форме 112/у), для выявления распространенности внебольничной пневмонии среди детей от 6 - месяцев до 3-х лет,

проживающих по Сурхандарьинской области. Всего проверено - 120 амбулаторные карты больных детей.

Результаты исследование и их обсуждение. Результаты исследование ретроспективного анализа показало что, развития пневмонии среди детей раннего возраста (по форме I12/y) проживающих по Сурхандарьинской области выявлено, из них 35% детей страдали очаговой пневмонией, 18% детей перенесли очагова - сливная форма, 22%- детей страдали пневмонии вследствие внутриутробной инфекции, 25% дети перенесли пневмонии на фоне острой респираторной инфекции. Результаты анализа показало что, дети, проживающие с высокой инфраструктурой больше страдали заболеваниями бронхо-легочной системы, особенно пневмонией. На развитие заболевание отрицательное влияние оказывало экологические факторы, особенно влияние инсоляция, пыльность, сухость погоды, состав почвы которые привели к развитию гипоксии в организме ребенка. Хроническая гипоксия у матери вызвало хронической гипоксии у плода, вследствие этого развивалось врожденная пневмония.

В заключение можно сказать, что пневмония у детей раннего возраста под влиянием факторов внешней среды протекает более тяжело, имеется тенденция к развитию осложнений. Своевременная профилактика внебольничной пневмонии снижает риск заболевание и летальности от осложнений.

ПОМОЩЬ ОЖОГОВЫЙ ШОК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Одним из важнейших периодов ожоговой болезни, в течение которого интенсивная терапия играет решающую роль, является ожоговый шок. Поэтому своевременно начатые и адекватно проведенные противошоковые мероприятия в системе комплексного многокомпонентного лечения ожогового шока способствуют улучшению результатов лечения в последующие периоды ожоговой болезни, снижению общей летальности, уменьшению длительности пребывания пострадавших в стационаре и в отделении реанимации и интенсивной терапии. Безусловно, важным является быстрая доставка пострадавших в стационар, где могут провести мероприятия противошокового лечения в полном объеме. В то же время такая ситуация может возникнуть не всегда. В ряде случаев инфузия и обезболивание должны быть выполнены по дороге в стационар.

На этапе первой врачебной помощи необходимо выполнить катетеризацию периферической вены, что осуществляется у 80% поступивших. В единичных случаях отмечено выполнение катетеризации подключичной и яремных вен. Инфузии в пути следования осуществлялись путем введения препаратов 0,9% раствора натрия хлорида, 5% глюкозы, К-Мг-аспаргината и др. Объем в среднем составлял 600 мл, при среднем времени в пути, включая погрузку и выгрузку пациента, 80 мин. При этом несколько парадоксальными на первый взгляд были данные по связи летальности и проведения инфузии в пути следования. Так у пациентов, которым была выполнена инфузия, летальность была на 35% выше, чем в группе тяжелообожженных, которым инфузия не выполнялась. Это связано с тем, что медицинский персонал бригад скорой помощи выполняет инфузии наиболее тяжелообожженным, в то время как пострадавшие с легким ожоговым шоком остаются без нее. Для обезболивания пострадавших в 50% случаев применяется комбинация анальгина и димедрола, в 10% – наркотические анальгетики (морфин, промедол, фентанил), в 20% – сочетание нескольких препаратов, в 20% – кетонал. Оценить эффективность действия данных препаратов не представляется возможным, так как отсутствует отработанная возможность применения шкал оценки боли на догоспитальном этапе. Интубация трахеи и проведение ИВЛ в карете скорой помощи осуществляется 2-5% пострадавших, как правило, реанимационными бригадами.

Таким образом, начало противошоковой терапии может быть осуществлено в процессе транспортировки пострадавшего в стационар, при этом наиболее важные его компоненты должны быть обязательно выполнены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТРАЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Хаитбаев С.К. Саъдуллаев А.Ф., Матмуратов Ш.Ш.
*Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Актуальность: Хирургическое манипуляция послеоперационных и рецидивных грыж наибольшее распространение получили способы с созданием дубликатуры сшиваемых тканей. Переход на новые технологии протезирующей пластики позволили улучшить результаты лечения больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Важнейшим преимуществом протезирующей пластики является устранение фактора натяжения сшиваемых тканей и надежное закрытие грыжевого дефекта без резкого повышения внутрибрюшного давления у пожилых и старческих людей особенно с сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования: Улучшения результаты операция и качества жизни больных послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки с использованием эндопротезов у пожилых и старческого возраста с наличие сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения у 114 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Из них женщин- 63 (55,2%), мужчин- 51 (44,7%) в возрасте от 38-79 лет. Среди них с рецидивными грыжами в правом подреберье у 19 (16,6%) больных, с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, над и под пупком и правой подвздошной области 78 (68,4%) больных, с паховыми грыжами 17 (14,9%) больных. Грыжи больших и гигантских размеров были у 59 (5,7%) больных. Ожирением III-IV класса страдали 23 (20,1%) больных, сахарным диабетом 11 (9,6%). Мы всех больных распределили на 3 группы.

1-группа: 31 (27,1%) больным пластика передней брюшной стенки произведена местным тканями, а у 58 (50,8%) пациентов 2-группы пластика произведена полипропиленовой сеткой ЭСФИЛ стандартный (Линтекс). Всем оперативное вмешательство произведено в высокотехнологических условиях. Имплантат располагали над ушитым апоневрозом (onlain), на поверхность брюшины (introabdominalis) на месте дефекта апоневроза, у 7 больных фиксировали ее к краям непрерывными полипропиленовыми швами и дополнительно по площади имплантата. Рану дренировали полихлорвиниловыми дренажами с активной аспирацией.

Остальные 3- группы у 18 (15,7%) пациента учитываю сопутствующих заболеваний и из них у 6е фертельного возраста выполнены классический метод дубликатурой без протезированием.

Всем больным выбрали анестезия, смотря на осложнение анестезией и учитывать сопутствующей заболевания. Выполнены под местной анестезией-11 пациента (9,6), под местной и нейролептанальгизией у 23 (20,1%), СМА выполнены у 67 (58,7%), у 13 больным произведены операции под ИВЛ+ЭТН.

Результаты: У пациентов первой группы где оперативное вмешательство производилось традиционным способом послеоперационные осложнения возникли у 5 (4,3%) больных, серома подкожной клетчатки у 4, инфильтрат краев раны у 1. В

отдаленном периоде рецидив грыжи наблюдался у 8 (7,0%) пациентов. Во второй группе пластика произведена полипропиленовой сеткой в ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноений, инфильтрата краев раны не было. Серома наблюдалась у 3 больных. В отдаленном периоде в течение 5 лет рецидив грыж не возникло. Умерь 1 больной после пластика пахового грыжа с полипропиленовой сеткой по Лихништейну, причина смерти было острый сердечно-сосудистой и печеночной недостаточности.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ результатов применения эндопротезов в хирургическом лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами показал ее высокую эффективность. Общее число осложнений снижено в 3 раза. Таких осложнений, как рецидивы, нагноение раны, инфильтрат удалось вовсе избежать.

КОМБИНИРОВАННЫЕ СПОСОБЫ В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Хаитбаев С.К., Аскарлов А.А., Юсупов Д.Д., Саъдуллаев А.Ф.,
Алланазаров А.Х., Ходжаниязов А.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Диагностика и лечение холелитиаза является актуальной проблемой в современной хирургии по сей день. Желчнокаменная болезнь относится к одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и, по данным литературы, встречается у 10-15% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению числа больных каждое десятилетие примерно в два раза. По данным литературы, это заболевание в два-три раза чаще встречается у больных сахарным диабетом, нежели у лиц без нарушений углеводного обмена. Факторами риска развития холелитиаза у больных сахарным диабетом являются возраст, высокий индекс массы тела и наследственный анамнез заболевания.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения при калькулезном холецистите и осложненным холедохолитиазом у контингента больных высокого анестезиологического и операционного риска.

Материалы и методы: В нашей клинике Хорезмском Областном Многопрофильном Медицинском Центре где находится кафедра «Факультетской и госпитальной хирургии» Ургенчского филиала ТМА оперированы 81 больных в периоде с 2014 до января 2019 года, с диагнозом острого калькулезного холецистита осложненным холедохолитиазом. Возраст составляет от 62-до 85 лет, средней возраст составил 66 лет. Из них женщин -39 (48,2%), мужчин-42 (51,8%), 12 (14,8%) пациенты госпитализированы в клинику на вторые сутки от начала заболевания, из них 28 (34,5%) пациента обратились и госпитализированы на 4-5 сутки, 18 (22,2%) пациентов прибыли на 5-7 сутки, остальные больные поступили на 7-8 сутки, из них 12 (14,8%) больных госпитализированы с клиникой желтухи, печеночной недостаточностью и с начальными признаками энцефалопатии.

Всем госпитализированным проведены стандартные методы обследования УЗИ брюшной полости, внутри и внепеченочных желчных путей, МРТ + холангиография, ЭГДФС, осмотр состояния БДС и ЭРПХГ. При обследовании выявлено что у всех больных отмечается сопутствующие заболевания, сердечно-сосудистой, дыхательной системы и сахарный диабет, что повышает риск анестезии при оперативном вмешательстве. У этих больных отмечены расширение холедоха до 12-14 мм.

Мы разделили больных на 3 группы. После проведения адекватного лечения сопутствующих заболеваний у первой группы (35 (43,2%)) больных со стороны желчевыводящих путей противопоказания к эндоскопическому вмешательству не отмечалось, этим больным выполнена холецистэктомия методом лапароскопии. У второй группы 17 (21%) больных учитывая наличие сопутствующих заболеваний с высоким

анестезиологическим риском, произведено ХЭК открытым способом с последующим дренированием холедоха, под местной анестезией. Также у 8 (10%) больных выполнены ХЭК от дна открытым способом с сочетанием под местной и нейролептаналгезией. Остальным пациентам третьей группы проведены операции после соответствующей предоперационной подготовки плановым порядком (выполнены ХЭК), интраоперационные находки указывали на расширение холедоха до 13-19 мм. Из них, в 11 (13,5%) случаях выявлен конкремент в холедохе, этим больным произведена удаление камней и наложена холедоходуоденостома. У 4 (4,9%) больных учитывая высокий анестезиологический и операционный риск, под местной и нейролептаналгезией наложено холецистостомия с удалением камней из желчного пузыря. У 6 (7,4%) больных после соответствующей подготовки выполнена верхне-срединная лапаротомия под ЭТН+нейролептоаналгезией, во время операция в 2 случаях отмечено образование на головке поджелудочной железы, у них выполнена паллиативное вмешательства (холецистоэнтероанастомоз с Браунским соустьем), с взятием биопсии, у 1 пациента с диагнозом опухоль ворот печени сделана ХЭК с дренированием холедоха по Вишневному. В остальных случаях выполнена ХЭК, ревизия и дренирование холедоха по Пиковскому.

В послеоперационном периоде больные получили соответствующую терапию. У одного пациента на раннем послеоперационном периоде отмечено желчеистечение, которое прекратилось на 14-16 сутки после операции. У 3 (3,7%) пациентов наблюдались нагноения послеоперационной раны.

Выводы: Местная анестезия с НЛА и традиционный операционный доступ у больных с калькулезном холециститом и осложненным холедохолитиазом, является одним из оптимальных методов анестезии, которая позволяет проводить оперативное вмешательство и адекватную ревизию в области ПДЗ и желчевыводящих путей, максимально щадящим и существенно снижающим частоту послеоперационных осложнений.

ТАРҚАЛГАН СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯДАН КЕЙИНГИ ХАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Хаджимуратова М.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги:

Дунёдаги экологик ва ижтимоий-иқтисодий ҳолат ҳаётнинг барча сфераларида ёмон сифатли ўсмаларни кескин ўсишига олиб келди. Аёллар орасида онкологик ўлимнинг асосий сабаби бу—сут бези саратонидир. Асосан ривожланган мамлакатларда бу патология билан касалланиш кўрсаткичларининг тинимсиз ўсиши кузатилмоқда. (Трапезников Н.Н., 1998; Landis S.H.,1998). Касалликнинг чўққиси асосан 45-50 ёшларга тўғри келади. Бундан ташқари, баъзи давлатларда касалликни эрта аниқлаш дастури йўқлиги сабабли тарқалган сут бези саратони билан касалланиш частотаси кўпаймоқда. (Мерабишвили В.М., 2007).

Сут бези саратони (СБС)—доимгидек клиник ва фундаментал онкологиянинг асосий муаммоси ҳисобланади, чунки аёллардаги ёмон сифатли ўсманинг учраш частотаси энг юқори бўлиб қолмоқда. БДССТ берган малумотларга қараганда 20 йил давомида дунёда СБС билан ўлим кўрсаткичи 30 %га ортган. Дунёда ҳар йили бу касаллик билан касалланган 1,5 млн аҳоли рўйхатга олинади ва шундан 300.000 га яқин аёллар бу касалликдан вафот этади. Асосий глобал муаммо шундан иборатки кўплаб ҳолатларда СБС кўпинча 55-65 ёшдаги аёлларда учрайди. Кейинги йилларда дунё статистикаси бўйича бу касалликнинг ёш аёллар орасида учраш тенденциясининг ўсиши кузатилмоқда. Ўзбекистон Республикасида аёллар орасида онкологик касалликлар бўйича СБС етакчи ўринда туради ва 100 минг аҳолига нисбатан 9.1 ни ташкил этади. Афсуски, шуни

такидлаб ўтишга тўғри келадими, бу тенденция (ўсиш ҳолати) ёш аёлларда ҳам кузатилмоқда, чунки 7% аёлларда бу таъхис 40 ёшгача булган даврда учрайди. Ўзбекистон Республикаси туғилиш кўп кузатиладиган минтақага киради ва аёлларда 5-6 та физиологик туғруқ бўлган ҳолда фаол туғувчи ёш 45 ёшгача бўлган аёллар ҳисобланади ва уларнинг баъзилари 10 ва ундан кўпроқ болаларни тарбиялашади. Кўп туғувчи репродуктив ёшдаги аёлларда СБС катта ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлади. Беморларнинг ТСБС билан яшовчанлиги 18-30 ойдан ошмаган.

ТСБС(тарқалган сут беши саратони) билан касалланган беморларни даволаш клиник онкологияда энг долзарб муаммолардан ҳисобланади. Бу касалликнинг биологик ва кинетик турфахиллиги, ўсманнинг химио- ва гормонотерапияга бўлган сезгирлигининг пастлиги, замонавий ўсмага қарши преператларга резистентликнинг абсолют белгиларининг йўқлиги билан боғлиқ.

Ишнинг мақсади. Тарқалган босқичларда сут беши саратони билан касалланган беморлар хаёт сифатини ва даво натижаларини гормонал терапия ўтказиш орқали яхшилаш.

Ишнинг материали ва услублари

ТСБС билан касалланган беморлар соғайиши қийин бўлган касаллар ҳисобланади. Буларнинг барчасини ҳисобга олган ҳолда бундай касалларни даволаганда, режали даволашнинг токсик таъсирларидан қочиш орқали мувозанат сақлашга тўғри келди. Бундай беморларни даволашда якуний мақсадлар қуйдагилар ҳисобланади: хаётини узайтириш, уларнинг хаёт сифатини яхшилаш ва рецидивсиз даврни узайтириш .

Ҳозирги пайтда СБС ни дорилар билан даволаш қуйдагиларга бўлинади:

Эндокринотерапия (гормонотерапия),

цитотоксик терапия (химиотерапия)

таргет терапия.

Эстероген рецепторларининг мавжудлиги режалаштирилган гормонотерапиянинг эффективлик даражасини кўрсатади. СБС нинг гормонга карамлик формаларида ўсма хужайралари стероид гормонлар—эстероген ёки прогестерон рецепторларини ўзида тутса, бу ўсмада эстерогенларнинг патогенетик ўрни белгилайди.

Ўртача СБС билан касалланган хар учта беморда гормонотерапия эффективлиги кузатилади.

Бунда, агар ўсмада ЭР ва ПР рецепторлар мусбат бўлган ҳолатда эффективлик 50-70% ни ташкил этади, агар фақатгина бир турининг рецептори бўлса эффективлик 33% га тушиб кетади. Манфий рецепторли ўсма ҳолатида гормонотерапиянинг мувоффақиятлилиги 11% ҳолатдагина кузатилади.

Метастазлар жойлашишига қараб ХС кўрсаткичининг тахлили шуни кўрсатдики, суякларда метастаз бўлган беморларда даво бошлангунга қадар кўрсаткичлар Л/т, юмшоқ тўқима зарарланишига нисбатан паст бўлди. Бу факт кўп ҳолларда патологик синишлар билан боғлиқ бўлган оғриқ синдромини тасдиқлайди. Суяк зарарланган беморларда ХС кўрсаткичлари ички аъзоларда метастази бўлган беморларнинг ХС нисбатига кўра паст эканлиги намоён бўлди. Бу касалларда касаллик прогнозига кўра даво эффективлиги ва яшовчанлик кам эканлиги кўринди. (Гарин, А.М., 2007; Моисеенко В. М.,2008; Sedlacek S., Nogowiz K., 1984). Берилган фактни биз висцерал зарарланишда хар доимам оғрикли синдром кузатилмаганлиги билан боғладик. Баъзида прогрессия деярли симптомсиз кечди. Беморлар кўп ҳолларда батафсил текширувдан кейин ўсма жараёнининг генерализациясини сезадилар.Бундай ҳолларда табиийки ушбу аёлларнинг ХС кўрсаткичлари патологик синишлар ёки СБС билан касалланган аёлларниқига нисбатан яхшироқ булганлиги маълум бўлди.

Хулоса: СБСда эндокринотерапиянинг асосий мақсади бу ўсма ўсишига олиб келувчи гормонлар продукциясини сусайтириш ва шу билан бирга уларнинг активлигини нейтраллаштиришдир

ЛЕКСИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ЯЗЫКЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ПРОЗЫ ЭДГАРА ПО

Халлиев Ж.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

В современной лингвистической науке еще недостаточно специальных публикаций, посвященных анализу языка прозы писателя, жанрово-стилистическим особенностям его творчества, хотя, согласно мнению большинства исследователей-литературоведов и лингвистов: язык -единственный канал передачи читателю авторского мировоззрения и мировосприятия - был и остается главным решающим фактором в определении и оценке творческой индивидуальности писателя.

Необходимо решить проблемы реализации творческой индивидуальности Эдгара По, проявившейся в отборе и организации словесного материала и подчинении этого процесса общим эстетическим и этическим воззрениям автора. результаты исследования могут быть рекомендованы для использования в практике преподавания ряда лингвистических и литературоведческих дисциплин.

Основным видом языкового изложения в новеллистке Эдгара По является авторское повествование. Из анализа распределения и употребления частей речи в языке творчества писателя четко прослеживается формально-грамматическая характеристика авторского повествования в конкретизации описываемых явлений, что определило семантические параметры морфологических единиц в языке художественной прозы писателя. Из анализа социально-семантической сущности лексем частеречного распределения языковых интерпретаций в новеллах Эдгара По есть основание полагать, что отклонение повествования в сторону номинативности и описательности связано с дискретностью изложения, отражающего стремление автора воссоздать целостную картину происходящего путем последовательного воспроизведения всех ее основных элементов, что является применением на практике теоретической концепции о создании единого эффекта при помощи накопления деталей-эффектов.

К структурно-композиционным особенностям, независимо от жанровых ограничений, следует отнести выделение в новеллистке Эдгара По двух основных групп, по-разному развивающих эффект воздействия загадочности.

Целостность произведения в значительной степени создается и поддерживается за счет введения определенных лексических единиц и их повтора, единством места и времени действия, участием определенных действующих лиц, структурно-композиционными особенностями индивидуального стиля писателя.

ИНГЛИЗ ТИЛИ ДАРСЛАРИДА КЎЧИРМА ГАПЛАРНИ ЎРГАТИШДА ЎЗБЕК ТИЛИ ГРАММАТИКАСИ БИЛАН ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Халлиев Ж.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Дунёда инсонлар бир-бирлари билан мулоқотда бўлганларида бошқаларни, яъни ўзгаларнинг гапини ҳам суҳбатта ишлатадилар. Ўзга гапни бировга етказиш нутқ фаолиятида кўп учрайдиган ҳолдир. Ўзбек тилшунослигида бу нарса диссертация сифатида О. Исроилов; М. Шарипов; А. Саидниёзов; А. Б. Абдуллаев томонидан ўрганилган. Кўчирма ва ўзлаштира гап ҳақида қисқароқ маълумотни ҳозрги замон ўзбек адабий тили курси бўйича ишларда ва дарсликлардан ҳам топиш мумкин. Бу ишларда кўчирма ва ўзлаштира гапларни структуралари, сўз тартиби масаласи, турлари ҳақида маълумот берилса ҳам, масаланинг баъзи томонлари очиқ қолган ёки етарлича ёритилмаган. Инглиз тилига келсак, бу тилда кўчирма ва ўзлаштира гаплар диссертация учун мавзу бўлмаган, аммо кўчирма ва ўзлаштира гаплар ҳақидаги анчагина қизиқарли

материалларни назарий грамматикаларидан, дарсликларидан, методик қўлланмаларидан топиш мумкин.

Бу асарларида кўчирма гапларни ўзлаштирма гапга айлантирганда содир бўладиган лексик - грамматик ўзгаришлар хақида талайгина маълумотлар бор. Бу асарларда замонлар мослашуви қонуни ҳам тилга олинади ва истиснолар ҳам келтирилади. Инглиз ва ўзбек тилларидаги кўчира гаплар шу пайтгача қиёсий ўрганилмаган. Биз бунда икки тилда (инглиз ва ўзбек) кўчирма гапларни қиёсий таҳлилга тортамыз.

Кўчирма гап икки ёки ундан ортиқ гапларнинг мазмунан бирикуви ва мустақилликни сақлаган ҳолда қўшилишидан ташкил топади. Бунда бегонанинг гапи ўзгаришсиз тингловчига етказилади. Кўчирма гаплар синтактик қурилмалар иккала тилда ҳам икки қисмдан - автор гапи ва кўчирма гапдан иборат бўлади. Биз ишимизда икки тилдаги кўчирма гапни конструкцияларнинг қуйидаги белгилар асосида қиёсий таҳлил қиламыз:

- 1) кўчирмагапнингхусусиятлари;
- 2) автор гапнингхусусиятлари;
- 3) кўчирмагапбилан автор гапинибоғловчivosиталар;
- 4) кўчирмагапва автор гапларинингбир – бирига нисбатан ўрни.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ходжаева З.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящее время большое внимание уделяется антенатальному периоду развития плода. Своевременная диагностика нарушений жизнедеятельности плода и правильная профилактика являются важными факторами снижения перинатальной смертности и осложнений неонатального периода. Пренатальная (дородовая) диагностика - одно из самых молодых и бурно развивающихся направлений современной репродуктивной медицины. Представляя собой процесс обнаружения или исключения различных заболеваний у находящегося в матке плода, пренатальная диагностика и базирующееся на ее результатах медико-генетическое консультирование отвечают на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы: болен плод или нет? Как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка? Возможно ли эффективное лечение болезни после рождения малыша? Ответы на эти вопросы позволяют семье осознанно и своевременно решить вопрос о дальнейшей судьбе беременности и тем самым смягчить психическую травму, вызываемую рождением малыша с неизлечимой инвалидизирующей патологией.

Современная пренатальная диагностика использует самые различные технологии, обладающие разными возможностями и степенью надежности. Развитие современных медицинских технологий позволяет проводить оценку состояния плода на протяжении всей беременности, с первых дней от оплодотворения яйцеклетки до момента рождения плода. В зависимости от анамнестических данных, характера течения беременности и ее срока, результатов осмотра беременной женщины, планируется использование различных целесообразных методов исследования состояния плода. В этот период начались попытки введения скрининга беременных с участием генетиков, с использованием инвазивных методов диагностики с целью выявления врожденных пороков развития плода.

С началом работы в Узбекистане Скрининг центров проводились медико-генетическое консультирование, в том числе инвазивная пренатальная диагностика беременных женщин с высоким генетическим риском моногенной патологии плода. При налаживании этих методик (биопсия ворсин хориона, плацентобиопсия, кордоцентез) начали выявлять на ранних сроках беременности хромосомные и моногенные болезни.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ТРАНС-СКУЛОВОЙ И АНГУЛЯРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ходжамуратов О.Ф.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Операции синуслифтинга по своей эффективности и данным современной статистики не значительно изменились с позиции успешного отдаленного результата. Эффективность данного метода лечения как биотехнологической реконструкции верхней челюсти составляет 75-92%. Приоритетным и активным направлением в клинической практике является реабилитация верхней челюсти с использованием трансскуловых имплантатов. Трансскуловые имплантаты в комплексе реабилитационных мероприятий у пациентов с обширными постоперационными и травматическими дефектами средней зоны лицевого скелета на сегодняшний день являются наиболее прогрессивными и востребованными конструкциями у челюстно-лицевых хирургов и хирургов стоматологов.

Цель исследования. Разработать новые и усовершенствовать имеющиеся протоколы трансскуловой имплантации и интраоперационного непосредственного протезирования с использованием трансскуловых имплантатов.

Материалы и методы. Нами обследована группа пациентов с полной и частичной адентией на верхней челюсти всего 65 человек. Группе их 59 пациентов установили 98 трансскуловых, 103 ангулярных и 48 традиционных имплантат в период с 2012 по 2017г. Пациентам, при пользовании трансскуловых имплантатов, после снятия слепков и определения центральной окклюзии несъемный протез фиксируется в раннем послеоперационном периоде 1-3 сутки после операции – интраоперационное непосредственное протезирование. При подготовке к операции пациент обследуется по стандартам челюстно-лицевой хирургии, в большинстве случаев изготавливается стереолитографическая модель, шаблон-ориентир и empty-prosthesis слепочный модуль.

Результаты исследования. Разработаны 3 основных протокола с учетом анатомии и атрофии верхней челюсти: протокол трансскуловой имплантации ПТИ2+ установка 1ТИ и 1 стандартного (углового) имплантата в боковом участке верхней челюсти, ПТИ4+ установка 4 ТИ на значительно атрофированной верхней челюсти и ПТИ6+ установка 4 стандартных (угловых) и 2 трансскуловых имплантатов при сохраненном фронтальном участке верхней челюсти с достаточным костным предложением. Требуются обучение и аккредитация специалистов челюстно-лицевых хирургов хирургов стоматологов и ортопедов стоматологов протоколам трансскуловой имплантации.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕ ЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ОСТЕОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Ходжамуратов О.Ф., Шухратова Ш.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

До недавнего времени большинство врачей имело весьма ограниченные представления об анатомических особенностях строения полости носа и околоносовых пазух. Такой подход был обусловлен тем обстоятельством, что в хирургическом лечении заболеваний носа и околоносовых пазух преобладал радикальный принцип, который предполагал удаление большого количества тканей, разрушая при этом функционально значимые анатомические образования. С анатомических позиций полость носа с окружающими его воз-душными околоносовыми пазухами (ОНП), образующими единую функциональную систему, является наиболее сложно устроенным органом человеческого организма, где каждое анатомическое образование несет определенную функциональную нагрузку (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, В.С. Козлов, А.Х.Лопатин, 2003). Важнейшими

факторами, определяющими эволюцию воспалительного процесса в полости носа, являются анатомические особенности «ключевых» зон полости носа, в частности остеомеатального комплекса. Физиологическая роль остеомеатального комплекса (ОМК) заключается в том, что при прохождении струи воздуха через носовой клапан достигается ее максимальная скорость, которая меняет свое направление. Именно сюда попадает большинство микроорганизмов и аллергенов (А.С. Лопатин, 1998). Основная роль средней носовой раковины заключается в том, что она участвует в формировании ОМК и находится в контакте с соустьями ОНП (Г.З. Пискунов, А.С. Лопатин, 2003). Соустье верхнечелюстного синуса имеет овальную форму и прикрыто крючковидным отростком (КО). КО является частью остеомеатального комплекса. Предполагается, что он играет ключевую роль в респираторной функции среднего носового хода и пазух, защищая их от воздействия вдыхаемого, не подвергнувшегося кондиционированию воздушного потока. Вентиляция пазух происходит в фазу выдоха и этот воздух предварительно обрабатывается с помощью мукоцилиарной системы дыхательных путей, что делает его более стерильным. Данные литературы и некоторые авторские исследования показали, что многие врачи, занимающиеся лечением синуситов, часто недооценивают причинно-следственную связь синусита с анатомическими особенностями строения верхнечелюстного синуса, что приводит к диагностическим ошибкам и рецидиву течения заболевания. Самым современным методом лечения синуситов на сегодняшний день признана функциональная эндоскопическая хирургия полости носа и придаточных пазух (FESS). Концепция FESS основана на выполнении оперативных вмешательств в ключевых зонах латеральной стенки полости носа с минимальной травмой слизистой полости носа и анатомии внутриносовых структур. В связи с развитием эндоназальной эндоскопической хирургии значительное внимание стало уделяться состоянию В публикациях за последнее время появляются сообщения, указывающие на неполноценность ОМК, усугубляющуюся после эндоназальных эндоскопических вмешательств. Для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений, важно диагностировать состояние и уточнять анатомические особенности пазухи и факторы риска возникающих осложнений до проведения операции синус-лифтинг.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕФИЦИТОМ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОПАТОГЕННЫХ ЗОНАХ УЗБЕКИСТАНА С ВЫРАЖЕННОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА ОРГАНИЗМ

Худайбергенов М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В соответствии с современными представлениями медицинской микробиологии во многих регионах разных стран образуются техногенные или природные экопатогенные зоны (например, вокруг крупных техноцентров или зона южного Приаралья), обусловленные антропогенным фактором. Высокая экопатогенная нагрузка на организм обуславливает повышенную заболеваемость различными патологиями у проживающих людей в таких районах. В этом аспекте дети в силу особенностей, обусловленных акселеративными процессами в их организме в отличие от взрослых, очевидно, более чувствительны к воздействию на их организм негативных экофакторов среды проживания даже в допороговых концентрациях токсических веществ. Все это обуславливает необходимость проведения комплексных исследований по изучению влияния неблагоприятных экофакторов на организм детей.

Цель исследования-изучение частоты выявляемости гипомикроэлементозов по определению акад.А.П.Авцына, т.е. патологических состояний обусловленных нарушением об-

мена ряда эссенциальных гемопозитических микроэлементов у детей, проживающих в не-которых техногенных биогеохимических зонах промышленных городов Республики Узбекистан-г.Чирчика и г.Ургенча. В качестве таких микроэлементозов изучали микроэлементозы, обусловленные дефицитом в организме эссенциальных гемопозитических микроэлементов – железа и меди.

Материалы и методы исследования.Для выявления встречаемости гипомикроэлементозов обследовали методом случайного бесповторного отбора по показателям содержания железа и меди 112 детей, из них мальчиков -51 и девочек- 61, проживающих в г.Чирчике (центр химической индустрии) и 78 детей обоего пола в возрасте от 14 до 17 лет, из них мальчиков -39 и девочек- 39, проживающих в г.Ургенче. Анализировали концентрацию сывороточного железа с использованием батофенантролинового метода (с использованием коммерческих наборов Био-Ла-Тест «Железо» (ЛаХема,Чехия), концентрацию сывороточной меди с использованием батокупреина для выявления ионов меди, используя коммерческий набор Био-Ла-Тест «Медь» (ЛаХема,Чехия).

Результаты и обсуждение.Уровень железа в сыворотке крови у обследованных мальчиков ниже 11.5 мкмоль/л, у подростков- девочек ниже 10.4 мкмоль/л определяли как железodefицитный гипомикроэлементоз, уровень меди в сыворотке крови у обследованных подростков- мальчиков ниже 11.0 мкмоль/л, у подростков- девочек ниже 12.0 мкмоль/л определяли как медьdefицитный гипомикроэлементоз.

Общая частота выявленного гипомикроэлементоза, обусловленного дефицитом железа,у чирчикских детей составила 43.8%, у подростков-мальчиков 41.2% и у подростков-девочек-54.0%. Частота гипомикроэлементоза, обусловленного дефицитом меди у всех обследованных детей составила 32.1%, среди обследованных подростков-мальчиков-29.4% и у –подростков-девочек- 49.2%. Среди обследованных подростков, проживающих в г.Ургенче общая частота гипомикроэлементоза, обусловленного дефицитом железа составила-42.3%, среди мальчиков- 30.8% и среди девочек- 46.2%. Общая частота гипомикроэлементоза, обусловленного дефицитом меди у обследованных составила-

32.1%, среди подростков-мальчиков- 23.1% и среди подростков-девочек- 33.3%. Как видно из полученных данных, выявляемость тех или иных гипомикроэлементозов превалирует у подростков-девочек, чем у подростков-мальчиков.

Выводы.Выявленная частота гипомикроэлементозов у обследованных детей, обуслов-

ленных дефицитом в организме эссенциальных гемопозитических микроэлементов – железа и меди, постоянно проживающих в характерных биогеохимических зонах промышленных городов Республики Узбекистан свидетельствует о различной степени экопатогенных нагрузок на организм детей. Кроме того, как правило, выявленные состояния гипомикро-

элементозов носят сочетанный характер, что необходимо учитывать при разработке и осуществлении региональных программ профилактики таких патологических состояний в детской популяции.

TALABALARNI IJODIY FIKRLASHGA YO‘NALTIRISHDA MUSTAQIL TA‘LIM JARAYONINING O‘RNI

Xudayberganova N.Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Hozirgi davrga kelib iqtisodiyotimizning barcha jabhalaridagi kabi ta‘lim tizimidagi tub o‘zgarishlar ham o‘zining ijobiy natijasini ko‘rsatmoqda. Ayniqsa, O‘zbekiston Respublikasida ta‘lim tizimida mustaqil va ijodiy fikrlay oladigan kadrlar tayyorlashga katta e‘tibor berilmoqda.

Oliy O‘quv yurtlarida ta‘lim olayotgan bo‘lg‘usi mutaxassis kadrlar kasbiy professiogramma talablari darajasida faoliyatga tayyorgarlikka ega bo‘lishlari muhim. Bu davr, jamiyat talabi.

Kasbiy professiogramma mutaxassisda bir qator kasbiy, hulqiy, shaxsiy sifatlarni qaror toptirishni talab qiladiki, bular o‘z navbatida shaxsning jamiyat hayotida to‘laqonli ishtirok qilishini ta‘minlaydi.

Kasbiy professiogramma talablaridan kelib chiqqan holda ko‘rsatish lozimki, mutaxassisga o‘z ustida mustaqil ishlash, malakalarini muntazam oshirib borish, turli ilmiy-amaliy ma‘lumotlarni mustaqil tahlil qilish, to‘g‘ri xulosalar chiqarish, ijodiy fikrlash, faoliyat sohasi rivojiga xizmat qiluvchi yangi g‘oya va takliflarni kirita olish kabi malakalar juda zarur.

Mutaxassis o‘z kasbiy malakalarini muntazam oshirib borishi uchun axborot manbalari bilan mustaqil ishlashi, o‘zlashtirgan bilimlarini tajribada sinab ko‘rishi, muayyan xulosalar qilish imkoniyatlari ta‘lim dargohi sharoitlarida yaratilishi kerak.

Kasbiy tayyorgarlik jarayonida bo‘lg‘usi mutaxassislarda o‘z bilimlarini mustaqil kengaytirish malakalarini rivojlantirish, buning uchun esa turli axborot manbalari bilan ishlash, ma‘lumotlarni tahlil qilish, muayyan xulosalarga kelish, o‘z nuqtai-nazarini shakllantirish kabi muhim sifatlarni ham tarkib toptirish muxim. Buning natijasida bo‘lg‘usi mutaxassislarda ijodiy-konstruktiv faoliyat ko‘nikmalari tarkib topadi.

Mustaqil ta‘limni maqsadli tashkil qilish natijasida talabalarning bilimlarni faol va ongli o‘zlashtirishlarini ta‘minlash, shuningdek, ularni kasbiy faoliyatga keng tayyorlash, hayotiy maqsadlarining aniq va to‘g‘ri shakllanishiga erishish mumkin.

Mustaqil ish mavzusi faqat darslik doirasidagina emas, balki qo‘shimcha adabiyotlar, gazeta, jurnal maqolalardan foydalanib yoziladi. Agar biror muallifning fikri mavzuni yoritishda alohida ahamiyatga ega bo‘lsa, shunday ko‘chiriladi va qo‘shirnoq ichiga olinib, izoh beriladi, raqamlanadi va manba ko‘rsatiladi. Unda havola qilingan muallifning ismi-sharifi, asar nomi, nashriyot, nashr qilingan yili ko‘rsatiladi.

Mustaqil ishlarini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun quyidagi omillarga e‘tibor qaratish zarur:

1. Har bir talabani faol ta‘limiy jarayonga jalb qilish, o‘zlashtirgan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llay olish malakalarini shakllanishiga erishish lozim. Eng muhimi talaba egallagan bilim va malakalarini aynan qayerda va qanday qo‘llashi mumkinligini aniq bilishi kerak.

2. Turli muammolarni hamkorlikda hal qilish jarayonida talabalarning o‘zaro muloqot madaniyatini shakllantirishga e‘tibor qaratish lozim.

3. Talabalarda muayyan muammoni har tomonlama tadqiq qilish, ushbu masala xususida ilmiy-amaliy asoslangan mustaqil fikrga ega bo‘lish maqsadida universitet, respublika yoki dunyo miqyosidagi ilmiy, madaniy axborot markazlari imkoniyatlaridan foydalana olish ko‘nikmalarini rivojlantirishga e‘tibor qaratish kerak.

Mustaqil ta‘limni tashkil qilishda tadqiqot uslubidan foydalanish qator ijtimoiy vazifalarni nazarda tutadi: 1. Talabalarning mustaqil ijodiy va tanqidiy fikrlash qobiliyati rivojlanadi.

2. Talabalarda turli axborot manbalar bilan mustaqil ishlash ko‘nikmalari shakllanadi.

3. Tadqiqot ishlarini mustaqil rejalashtirish ko‘nikmalari tarkib topadi.

4. Talabalar muammo mohiyatini chuqur va keng qamrovda anglaydilar,

uni hal qilishning turli yoʻnalishlarini oʻylab koʻradilar, eng qulay va maqsadga muvofiq yechimni topishni oʻrganadilar.

5. Talabalarda qoʻlga kiritish mumkin boʻlgan natijalarni oldindan koʻra bilishi imkoniyatlari kengayadi.

6. Talabalarda muloqotchanlik, hamkorlikda ishlash, turli ijtimoiy vazifalarni hal qilishda oʻzaro moslashuvchanlik sifatleri shakllanadi.

7. Talabalarga bilimlar tayyor holda taqdim qilinmasdan, balki ularni mustaqil oʻzlashtirishga erishiladi.

Jamiyatimiz ijtimoiy-iqtisodiy va madaniy rivojlanish darajalaridan kelib chiqqan holda mutaxassis malaka sifatlariga taʼlim dargohida oʻrgangan bilimlarni amaliy faoliyatda ijodiy qoʻllay bilish va oʻz ustida mustaqil ishlash orqali kasbiy mahoratini yanada yuksaltirish kabi juda dolzarb talablar qoʻyilgan.

Talabalarda hozirdanoq mustaqil ishlarni toʻgʻri olib borish koʻnikmasini hosil qilish asnosida, uni maqsadli tashkil qilish va toʻgʻri yoʻnaltirishga, mantiqiy fikrlovchi, ijodkor va tashabbuskor mutaxassislarni tarbiyalashga va bu jarayonda samarali natijalarga erishish mumkin.

Xulosa oʻrnida aytish mumkin-ki, jamiyatimiz ijtimoiy-iqtisodiy va madaniy rivojlanish darajalaridan kelib chiqqan holda mutaxassis malaka sifatlariga taʼlim dargohida oʻrgangan bilimlarni amaliy faoliyatda ijodiy qoʻllay bilish va oʻz ustida mustaqil ishlash orqali kasbiy mahoratini yanada yuksaltirish kabi juda dolzarb talablar qoʻyilgan.

Talabalarining mustaqil tadqiqot ishlarini maqsadli tashkil qilish va toʻgʻri yoʻnaltirish asosida mantiqiy fikrlovchi, ijodkor va tashabbuskor mutaxassislarni tarbiyalash jarayonida samarali natijalarga erishish mumkin.

“HARAKATLAR STRATEGIYASI” INING BOSH GʻOYASI YOSHLARDA SOGʻLOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH MASALASIDIR

Xudayberganova N.Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Bugungi kunda, tobora rivojlanib, taraqqiy qilib borayotgan mamlakatimizda, jismonan sogʻlom, ruhan va aqlan rivojlangan, mustaqil fikrlaydigan, Vatanga sodiq, qatʼiy hayotiy nuqtai nazarga ega yoshlarni tarbiyalash, demokratik islohotlarni chuqurlashtirish va fuqarolik jamiyatini rivojlantirish jarayonida ularning ijtimoiy faolligini oshirishni tashkil etish har qachongidan-da muhim va dolzarb masalaga aylanmoqda.

Mamlakatimizda inson huquq va manfaatlarini taʼminlash, xalqimiz uchun munosib turmush sharoiti yaratib berish istiqloq yillarida Oʻzbekistonda amalga oshirib kelinayotgan keng koʻlamli islohotlarning asosiy maqsadidir. Birinchi prezidentimiz Islom Karimovning qarori bilan tasdiqlangan “Sogʻlom ona va bola yili” davlat dasturi ushbu xayrli ishlarni debochasi boʻlibgina qolmay, shuning barobarida ishni izchil davom ettirish, taʼlim sohasini sifat jihatidan yanada yuqori bosqichga koʻtarishga qaratilgan keng koʻlamli chora-tadbirlarni amalga oshirishni koʻzda tutadi.

Misol tariqasida aytib oʻtish joizki, “Davlat dasturining toʻrtinchi boʻlimida jismonan sogʻlom, maʼnan yetuk – barkamol avlodni tarbiyalash, kadrlarni kasb jihatdan hozirgi zamon talablari darajasida tayyorlash, taʼlim sifatini yanada oshirish va takomillashtirish, taʼlim muassasalarining moddiy-texnik bazasini mustahkamlash borasida amalga oshirilayotgan ishlar samaradorligini yuksaltirishga qaratilgan aniq chora-tadbirlar belgilab berilgan”. Mamlakatimizda yoshlar kamoloti, salomatligi haqida gʻamxoʻrlik koʻrsatish, ijtimoiy himoya, yoshlarni har tomonlama qoʻllab-quvvatlash ertangi yorugʻ kunga ishonch hissini tarkib toptirish va oʻz kelajagini oʻzi maqsadli ravishda qura olishiga koʻmaklashish, sogʻlom fikrli, sogʻlom dunyoqarashga ega bolgan yoshlarni safini kengaytirish masalasi birinchi galdagi vazifadir.– Bu

borada davlat tomonidan ulkan sharoit va imkoniyatlar yaratilgani, yurt kelajagini belgilovchi sog'lom avlodni voyaga yetkazishga oid ezgu maqsadlar ro'yobga chiqayotgani e'tiborlidir. Jismonan sog'lom, ruhan va aqlan rivojlangan, mustaqil fikrlaydigan, Vatanga sodiq, qat'iy hayotiy nuqtai nazarga ega yoshlarni tarbiyalash, demokratik islohotlarni chuqurlashtirish va fuqarolik jamiyatini rivojlantirish jarayonida ularning ijtimoiy faolligini oshirish bilan bir qatorda:

- yosh avlodning ijodiy va intellektual salohiyatini qo'llab-quvvatlash va ro'yobga chiqarish, bolalar va yoshlar o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirish, ularni jismoniy tarbiya va sportga keng jalb etish;

- yoshlarni ijtimoiy himoya qilish, yosh oilalar uchun munosib uy-joy va ijtimoiy-maishiy sharoitlarni yaratish;

- yoshlarga oid davlat siyosatini amalga oshirishda davlat hokimiyati va boshqaruvi organlari, ta'lim muassasalari, yoshlar va boshqa tashkilotlarning samarali faoliyatini tashkil etish kabi masalalar keng yoritilgan.

O'zlashtirilgan nazariy bilimlarni amaliy faoliyatga yo'naltirish maqsadida sog'lom turmush tarzi mavzularida yoshlarni faol ishtirokida tarbiyaviy tadbirlarni tashkil qilish mumkin.

Sog'lom turmush tarzi mavzularidan tadbirlarni tashkil qilishdan maqsad yoshlarda sog'lom fikr, sog'lom ma'naviy muhitga nisbatan samimiy munosabatni tarkib toptirishi, bo'lg'usi kasbiy faoliyatlari mobaynida sog'lom turmush tarzini, maqsadli tashkil qilish, faoliyatga yondashuv malakalarini, sog'lom madaniyatni, yangicha dunyoqarashlar shakllantirishni nazarda tutadi.

Bu o'rinda tadbirlar tasirchanligini, tizimlilik, izchilik, uzliksizlik kabi tamoyillar asosida tashkil qilinishi lozim. Bunda quyidagilarga e'tibor qaratish lozim.

Ta'lim muassasalarida talabalarida sog'lom turmush tarzi madaniyatini rivojiga yuklatilgan pedagogik faoliyatning samarali tashkil etilishi,

Har bir talabaning shaxs sifatida shakllanishlari, boy dunyoqarash sog'lom jismoniy sifatlarni rivojlanish ehtiyojiga ega bo'lish;

- Yoshlarni turli hil salbiy munosabatlarga tushib qolishini oldini olish;

- Yoshlarda yon atrofdagilarga nisbatan ijobiy munosabat shakllantirish;

- Yoshlarni hayotini, umr yo'lini to'g'ri belgilash va uni mazmunli o'tkazish, ertanggi kunga nisbatan ishonchni tarkib toptirish;

Kasbiy jixatdan kamolga yetkazish yo'lida yoshlar o'z mutaxassisliklarini puxta egallashi, amaliy ko'nikmalarni yanada rivojlantirish masalasini ilgari suradi. Talabalarda sog'lom turmush tarzi madaniyatini shakllanishi hayotiy tajriba va ezgu g'oyalarni negizida tarkib topib shaxs tomonidan o'z hulqi-atvori muammosi hamda hatti-harakatlarini ongli bajarishga imkon beruvchi ruhiy holatini yuqori darajasini ta'minlaydi.

Bugungi kunda ta'lim muassasalarida tashkil etilgan va amalga oshirilayotgan amaliy ishlar o'quv, badiiy ijodiyot, sport-sog'lomlashtirish to'garaklari talabalarining bo'sh vaqtini to'g'ri va samarali o'tkazish, salomatligini muhofazalash, yoshlar ongu shuurida ezgu g'oyalarni mustahkam qaror toptirishda alohida ahamiyat kasb etmoqda. Har bir to'kis va fayzli xonadonga bek va beka, sog'lom va barkamol farzandlarga ota-ona bo'lish barcha yigit va qizlarning qalbidagi beg'ubor orzudir. Yuqorida ilgari surilgan g'oyalarga tayangan holda hulosalarni qilsak, yoshlarda sog'lom turmush tarzini shakllantirishni o'rganish, muhokama qilish ularda mustaqil, erkin va tanqidiy fikrlarni tarkib toptirish, hayot go'zalligini chuqur anglashni, hayotiy boy, sog'lom dunyoqarashni shakllantiradi. Darhaqiqat, sog'lom turmush tarzi inson faoliyatining turli jihatlarini rivojlantirish, jamiyat hayotida, mehnat, oila hayoti va ijodiy jarayonlarda faol ishtirok etish uchun muhim asos hisoblanadi. Shunday ekan, o'zimiz hamda yon-atrofmizdagilarning sog'ligi haqida qayg'urish insoniy burchimizdir.

ХОРАЗМ ВОҲАСИ КУЛОЛЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ АНЪАНА, УРФ ОДАТ ВА МАРОСИМЛАР

Худайбергенов Х.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ушбу тезиснинг **долзарблиги**, Хоразм анъанавий кулолчилигида қадимда ва ҳозирги вақтда ҳам энг ҳурматга сазовар жой “кулолчилик устахонаси” ҳисобланганлиги, у доим тоза ва тартибли сақланганлиги ва муқаддас жой сифатида қараб келинганлиги билан боғлиқ масалаларга алоҳида эътибор берилади. Ушбу анъаналарнинг асосий сабаби эса, кулолчилик маҳсулотларини ишлаб чиқариш, сотиш ва иқтисодий ҳаётда алоҳида аҳамият касб этиши билан боғлиқ.

Ҳар бир ҳунарнинг ўзига хос машаққатли сир-асрорлари бўлганлиги сабабли устахона муқаддас жой саналиб келинган. Қадимдан кулолчилик сирлари ва тажрибаларини ўз авлодларига ўргатган Хоразм воҳасининг кулол усталари ҳар бир маҳсулотнинг сифатига, бадийлигига, фойдаланиш учун қулайлигига ҳамда умрбоқийлигига алоҳида эътибор билан қараганлар. Шунинг учун ҳам ҳозирда оддий сопол пиёлалардан тортиб тарихий ёдгорликларни безаб турган кошинларнинг умрбоқийлиги эса, дунё аҳлини лол қолдириб келмоқда.

Воҳа кулолчилигида асосан, кулолчилик буюми бодийя (озик овқат солиш учун уй рўзғор анжоми) моҳирлик билан ўзига хос технология асосида ишлаб чиқарилган. Воҳа аҳолиси бу идишдан меҳмондорчиликда ҳам кўп фойдаланишади. Бодийяни диққатга сазовар томони шундаки, у сирланган бўлиб, кулол усталар томонидан махсус услуб асосида чўл ўсимлигидан суюқлик тайёрланиб махсус ишлов берилади. Бу усул воҳа кулолчилигида сирлаш деб юритилиб, бугунги кунда ҳам Хоразм кулолчилиги марказлари ҳисобланган Хонқа туманидаги “Мадир зангори кулолчилик мактаби” ва Янгиариқ туманидаги “Каттабоғ кулоллари” усталарининг ҳозирги авлодлари бу соҳага ўз хиссаларини қўшиб келмоқдалар. Бундан ташқари, Хитой кишлоғи (Қипчоқ тумани Қорақалпоғистон Республикаси) бу бодийяни “Хитой бодияси” деб ҳам аташади. Бу ўзига хос этнохудудий хусусиятга эгалигини ҳам кўрсатади. Бунга сабаб, ўзаро савдо сотик алоқалари, маданий муносабатлардир.

Таклиф ва тавсиялар: Кулолчилик маҳсулотлари ишлаб чиқариш устахоналарининг тузилиши, таркиби, фаолияти ва уларда йўлга қўйилган ташкилий ишлар ҳамда умуман ҳунармандчилик соҳалари билан боғлиқ этнографик материаллар тарихий изчиллик ва қиёсий таҳлил асосида мукамал ўрганилиши керак, **бундан ташқари** Хонқа ва Янгиариқ туманларида жойлашган Мадир ҳамда Каттабоғ зангори кулолчилик мактаблари ҳамда Хива кулолчилик марказлари кулоллариининг ота-боболари ва уларнинг фаолияти тўғрисидаги илмий маълумотларни кўпроқ ёритиш, шунингдек Хоразм воҳаси миллий ҳунармандчилигини янада ривожлантириш, ҳунармандчилик маҳсулотларини ишлаб чиқарадиган марказлар сонини янада кўпайтириш ва уларни моддий жиҳатидан қўллаб-қувватлаш каби чора-тадбирларни амалга ошириш зарур.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ -ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Худайкулова Г.К., Мўминова М.Т., Отажанов Ш.З.

Ташкентская медицинская академия

Многие кишечные инфекции, характерные для больных ВИЧ-инфекцией, встречаются редко или не выявляются вообще ВИЧ-позитивных детей. Так, заболевания, вызываемые *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*, *Cytomegalovirus*, *Adenovirus*,

Rotavirus, Herpes simplex и энтеровирусы являются возбудителями кишечных инфекций и у детей.

Диарея энтеровирусной этиологии наблюдается у детей раннего возраста и ассоциируется с вирусами Коксаки А (серотипы 18, 20, 21, 22, 24) и ЕСНО (многие серотипы). Энтеровирусным заболеваниям свойственно протекать в виде вспышек, особенно у детей в возрасте 3—10 лет. Для клинической симптоматики характерно течение диареи одновременно с другими симптомами — лихорадкой, энантемой, сыпью, поражением поджелудочной железы, менингоэнцефалитом, герпангиной. У новорожденных может возникнуть энцефаломиокардит. В эпидемиологическом отношении более опасны носители, выделяющие энтеровирусы из секрета носоглотки, чем кишечные носители. Данная инфекция передается фекально-оральным и воздушно-капельным путями. При энтеровирусных диареях может отмечаться стул со слизью до 5—6 раз в день. У детей первых 2-х лет жизни чаще наблюдаются тяжелые формы с токсикозом, выраженным кишечным синдромом, повышением температуры до фебрильных цифр. Стул жидкий до 12—15 раз в сутки, который может приводить к обезвоживанию. Нормализация стула происходит в последующие 7—10 дней.

ЁШЛАР МАЪНАВИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШДА ҲУҚУҚИЙ МАДАНИЯТНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ

Хусаинова Г.Ш.

Тошкент Тиббиёт академияси Урганч филиали

Мамлакатимизда ёш авлодни тарбиялаш давлат сиёсати даражасига кўтарилган бир вақтда улар тафаккурида ҳуқуқий онг ва маданиятни янада юксалтириш, қонунга ҳурмат руҳида тарбиялаш бугуннинг муҳим ва долзарб масаласи бўлиб қолаётгани купчиликка яхши аён. Ҳуқуқий демократик давлат қуриш ва жамият тараққиёти навқирон авлоднинг ҳуқуқий саводхонлиги билан узвий боғланган.

Ҳуқуқий маданият-геран маъноли тушунча. У қонунни тушуниш, билиш, ҳаётга татбиқ этиш, ижросини таъминлаш, ижтимоий ҳаётда фаол иштирок этиш билан боғлиқ саъй-ҳаракатларда яққол намоён бўлади. Инсоннинг ички дунёси, ички маданияти, умуминсоний анъаналар, ҳуқуқий билимларга бўлган муносабати аваламбор ҳуқуқий маданият ва унинг даражасига боғлиқ. Шахснинг ички маданиятини унинг ташқи одобида айниқса яққолроқ кўриш мумкин. Ҳуқуқий маданият соҳиби сифатида намоён бўлган киши турмуш талаблари, тартиб-таомиллари, қоидаларига ҳурмат билан қарайди, жамиятни бошқаришда фаол иштирок этиб, ўзини ҳуқуқий онг-тафаккур, билим ва малака эгаси сифатида бошқалардан ажралиб туради.

Шу ўринда яна бир ўринли бир савол туғилади: Хўш, бугунги ёшларнинг ҳуқуқий маданиятидан қониқиш ҳосил қила оламизми? Ёш авлоднинг бу борадаги билим - малакасини оширишда маънавият, маърифат, ҳуқуқий тарғибот билан шуғулланувчи идоралар, таълим муассасаларининг иши қай аҳволда?

Кейинги йилларда Ўзбекистон Республикасида фуқароларнинг ҳуқуқий маданиятини юксалтиришга оид кўплаб илмий - назарий ва оммавий - ташкилий ишлар амалга оширилаётган бўлса-да, ёшларнинг ижтимоий- ҳуқуқий фаоллигини юксалтириш бу борадаги асосий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Республикадаги олий укув юртлари томонидан ҳар йили “Ўзбекистон Республикаси Конституцияси - инсон ҳуқуқларининг қафолати”, “Конституция-бахтимиз пойдевори” каби маърифий беллашувлар, “Ҳуқуқий билимлар ойлиги” тадбирлари мунтазам ташкил этилаётгани талаба ёшлар ҳуқуқий саводхонлигини оширишда алоҳида муҳим аҳамият касб этапти. Шу билан бирга ёшларнинг ҳуқуқий онг ва маданиятини оширишга қаратилган тарғибот тадбирлари ҳам изчил ўтказилаяпти. Улардан кўзланган мақсад ёш авлод камолига оид қонунлар, қонуности ҳужжатлари, Президент фармонлари, қарорларини содда, таъсирчан ва ишонарли тарзда тарғиб этиш, бу ишни янада кучайтириш, ижтимоий ҳаётда муайян

хукукий муносабатларга киришган ёшлар ўз ҳақ-хуқуқларини англай олишларига фаол кўмаклашишдан иборат.

Бугунги кунда мамлакатимиз ёшларининг аксарияти олий ва ўрта махсус таълим - тарбия даргоҳларида турли ихтисосликлар бўйича таҳсил олишяпти. Буни назарда тутса, уларга айнан ўзлари ўрганаётган соҳалар, йўналишлар, касб-корларга тааллуқли хукукий билимларни алоҳида дастурлар бўйича таълим бериш, уларни ушбу фанлар, бинобарин юксак хукукий онг-тафаккур ва маданият сари янада кўпроқ ва фаолроқ олиб кириш ниҳоятда муҳим вазифа ҳисобланади.

Қалбида эртанги кунга умид ва ишонч, она Ватанга меҳр-муҳаббат, истиклол ғояларига ҳурмат, интилиш ва шижоат туйғулари жўш урган ёшлар учун юрт эшиклари ҳамиша очик, юрар йўллари доимо раван, истикболи эса порлоқ бўлишини ҳечам унутмаслик зарур.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННИХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Шаланкова О.Е., Хакимова Х.Р.

ТТАФФ

Ежегодно в странах Европейского союза диагностируются более 25000 случаев возникновения рака шейки матки и около 12000 летальных исходов от этого заболевания. Научные достижения последних лет позволяют считать, что профилактика инвазивного рака шейки матки в принципе осуществима. Все более утверждается, что под ранней диагностикой рака шейки матки следует понимать распознавание его до появления клинических признаков, а именно в преинвазивной стадии, когда имеются условия для успешного лечения.

За последние 30 лет произошли снижение частоты случаев рака шейки матки, в то же время рак шейки матки одна из основных причин смерти от злокачественных опухолей. Статистика показывает, что среди злокачественных опухолей у женщин, рак шейки матки занимает четвертое место, а по показателям смертности второе.

Рак шейки матки у женщин считается предотвратимой формой заболевания. Встречается в возрасте 40-50 лет, но в последнее время рак шейки матки стал встречаться у женщин до 30 лет, перенесших беременность. Считается что этот возрастной период в плане репродуктивного здоровья наиболее благоприятен, в то же время именно в этот период жизни женщины факторы внешней среды оказывают повреждающее действие на менструальную и детородную функцию. На этот период также приходится пик фоновых заболеваний.

Цель исследования: Выявление возможных факторов риска развития рака шейки матки и оценка значимости каждого в отдельности взятого фактора в развитии данной патологии.

Материалом для исследования наблюдения за результатами выявления предопухолевых заболеваний, преинвазивного и инвазивного рака шейки матки при проведении комплексных профилактических гинекологических осмотров, осуществляемых в поликлинике. С целью получения материала для цитологического исследования с влажной части шейки матки использовался поверхностный соскоб с помощью деревянного шпателя. Мазки, нанесенные на чистые предметные стекла, высыхали в комнатных условиях и специально не фиксировались. Исследование мазков проводилось с помощью микроскопии.

Кольпоскопические исследования проводились в расширенном объеме, это позволяет не только правильно сформировать, четко определить место для биопсии.

Таким образом, выявляемость предопухолевых заболеваний, внутриэпителиального и ранних форм инвазивного рака шейки матки существенно возрастает при проведении ежегодных комплексных профилактических осмотров женщины в том случае если эти осмотры проводятся не как компании, а как схема работы, опирающейся на научные достижения и практический опыт.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГЕСТОЗОМ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Шаланкова О.Е., Хакимова Х.Р.
ТТАФФ

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования последних десятилетий, богатый опыт практикующих акушеров родильных стационаров и женских консультаций, свидетельствующих о крайне неблагоприятных ближайших и отдаленных последствиях для плода и новорожденных, родившихся от матерей, перенесших гестоз. Развитие гестоза – прямая угроза состоянию плода и возникновению у него гипоксии, а в самых тяжелых случаях и гипотрофии, которые напрямую связаны с плацентарной недостаточностью. Особенно тяжелые нарушения развиваются со стороны ЦНС. Хорошо известно, что у детей, родившихся от матерей перенесших тяжелую форму гестоза заметно отстает формирование поисковых реакций, страдает зрение, слух, развитие речи, кроме того дети отстают в физическом развитии. Возможно еще более серьезные расстройства, вплоть до тяжелых неврологических нарушений и выраженного психомоторного отставания и церебральной дисфункции. Трагедия состояния в том, что некоторые из таких детей не могут учиться в школах даже в специальных.

Длительное тяжелое течение гестоза может привести к мертворождению. В разных странах и регионах частота мертворождения различна и колеблется в широких пределах достигая при гестозах 9-10%, при преэклампсии и эклампсии 15-25%, а при сочетанных его формах, когда на гестоз наслаивается иная экстрагенитальная патология, она становится еще выше.

Липидный обмен составляет одну из основ процессов жизнедеятельности, так как липиды являются главным компонентом всех биологических мембран и определяют их проницаемость. М.А.Пальцев и Н.К.Хитров (1999) суммируя их функции сообщают, что липиды участвуют в создании межнейронных контактов, поскольку обладают свойствами изолятора, они являются материалами для построения ряда гормонов и биологически активных веществ. Липиды составляют энергетический резерв организма, в отличие от лабильного резерва. Нарушения могут касаться обмена всех основных форм липидов.

Во время физиологической беременности в сыворотке крови увеличивается содержание общих липидов – холестерина и фосфолипидов, которые используются, как пластический энергетический, гомеостатический материал для роста и развития плода. При гестозе сопровождающимся внутриутробной гипоксией плода уровень общих липидов и отдельных его фракций в плаценте заметно меняется вследствие вовлеченности плаценты в патологический процесс. При гестозе нарушается липидный обмен между матерью и плодом.

Не приходится сомневаться, что в генезе трофических нарушений плода расстройства липидного обмена занимают одно из ведущих мест. В условиях гипоксии увеличивается расход энергии, поэтому обменные процессы переключаются на утилизацию жиров в энергетических целях, что еще более усугубляет дефицит жиров в развивающемся организме.

Полученные сведения о клинико-патологических нарушениях липидно-фосфолипидного обмена у матерей, перенесших тяжелые формы гестоза, у их плодов и новорожденных делают необходимым дополнительную коррекцию возникающих расстройств. Это стало основанием к включению в комплексную терапию тяжелых форм

гестоза препарата, содержащих экзогенные эссенциальные липиды – эссенциале-Н, назначали после 28-30 недель срока беременности, перорально по 6 капсул ежедневно до родоразрешения.

Ни в одном случае побочных явлений и осложнений в ходе терапии Эссенциале-Н не было ни у беременных, ни у детей.

В комплексной профилактике плацентарной недостаточности свое место находят и эссенциальные фосфолипиды, в форме перорального приема 6 капсул Эссенциале-Н (по 2 капсулы 3 раза в день во время еды) в течение месяца.

При физиологической беременности с этой точки зрения можно рекомендовать прием Эссенциале-Н в виде трех курсов за время беременности начиная со второго триместра по одному месяцу с последующим месячным перерывом в обычных дозах (2 капсулы 3 раза в день) до родоразрешения.

ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулов А.С.
Самаркандский медицинский институт

Целью работы явилась разработка методов патогенетической терапии у детей раннего возраста, больных синдромом бронхиальной обструкции.

Материалы и методы исследования: клинические наблюдения проводили в течение 2012-2013 г в пульмонологических отделениях городской детской больницы №1 г. Самарканда у 48 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Дети первого года жизни составили 41,7%, от 1 до 3 лет 58,3%; в том числе них мальчиков 21-56,2%, девочек 21-43,8%. Основным показанием к госпитализации явилась дыхательная недостаточность (ДН) разной степени выраженности, которая определяла степень тяжести обструктивного синдрома: ДН I степени – 71%, ДН II степени – 21%, ДН III степени – 8%.

Результаты исследования: дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением бронходилататоров в зависимости от путей их введения: ингаляционного сальбутамола и перорального эуфиллина. Больные I-й группы (п-24) в составе комплексной терапии по поводу обструктивного синдрома получали сальбутамол ингаляционно через аппарат «Беби хайлер» (0,1 мг на прием в возрасте 3-12 месяцев и 0,2 мг на прием в возрасте 2-3 года 3 раза в день). Во II-ю группу были включены 24 ребенка, которым в состав комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был введен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг. У детей I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение; уже первые 60 минут после введения сальбутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ. В легких уменьшалось количество хрипов, происходило разжижение мокроты. У больных, получавших сальбутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходила на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. У детей I-й группы положительная динамика отмечена у 22 больных. Уже на 2-3 й день, у 18 пациентов выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: уже на 3 день лечения наблюдалось полное снятие бронхообструктивного синдрома у 11 больных; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения.

Выводы: Таким образом, к преимуществам ингаляционного введения сальбутамола через аппарат «Беби хайлер» относилось: хорошая переносимость, легкая дозируемость, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы.

METHODS OF TEACHING TERMINOLOGICAL VOCABULARY OF FIRST-YEAR STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES

Shomuratova B.U.

Urgench branch of Tashkent medical academy

At the present stage of the development of higher education in non-linguistic universities, there is a certain unification of the requirements for the training of specialists in a foreign language. Existing curricula and standards do not keep pace with the rapidly changing world. Unfortunately, they do not always take into account the specifics of universities, the professional and personal needs of students, and do not pay much attention to student education, future specialists, or the processing of a large amount of information. Teachers of non-linguistic universities often independently modify the proposed recommendations. They are forced to develop the most optimal ways, effective methods of teaching students a foreign language at all stages, taking into account the cognitive needs of students, the characteristics of their cognitive sphere.

A foreign language is one of the sought-after subjects in non-linguistic universities. Knowledge and knowledge of one or two foreign languages gives the student the opportunity not only to receive professionally significant information, but also to learn the culture of the country of the language being studied, expand his horizons, get acquainted with the production sphere of the countries of the language being studied, and form the ability to make new, independent, non-standard decisions, undergo continuing education in the country of the language being studied.

In the presence of a huge number of approaches to teaching students a foreign language in a non-linguistic university, we can talk about implementing a competency-based approach. This approach is the most relevant way to build a new educational paradigm.

The competency-based approach focuses the construction of the educational process on the result of education. In the curriculum or course, distinct and comparable description parameters (descriptors) of what the student will know and be able to "exit" are initially laid down. The most adequate concept evaluating a specialist's abilities is competency, which is considered the ultimate goal of professional education, defined as the realization of competencies acquired during the educational process for the successful implementation of professional activities.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ТРАВМ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Шукруллоев О.Г. Нурматов С.Т. Садыков Р.Р. Нурметов С.Т.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица, к сожалению, являются по статистике весьма распространенными не только в Узбекистане, но и во всем мире. Локализация на лице, наличие эстетических и социальных проблем при локализации травмы в области лица увеличивает актуальность данной проблемы. А так характер зашивания ран позволяет минимизировать формирование грубых рубцов. Пострадавшие с травмами лица составляют до 25% всех пациентов хирургического профиля. Развития осложнений - до 15-25%. Указанные обстоятельства обуславливают дальнейшие поиски путей решения проблемы своевременной и качественной диагностики, лечения и реабилитации травм лица.

Целью настоящего исследования является: улучшение результатов лечения травм лица, путем использования микрохирургических технологий.

Материал и методы исследования-Клинический материал собран по результатам лечения больных 1-ГКБ с 2015 – 2017гг. Проведен анализ результатов лечения 30 пациентов с травмами лица и конечностей

Группа больных была разделена на 2 группы: 1 сравнения и 2-основная В группе сравнения были использованы традиционные методы лечения. В основной был использован новый алгоритм лечения с применением микрохирургической техники.

Методы клинических исследований: общие анализы крови, мочи, биохимия крови, коагулограмма КТ, МСКТ, УЗИ, доплерография аппаратом «Sanoscan, Китай», микроскоп Storz, бинокулярные лупы, микрохирургические инструменты

Результаты: В контрольной группе больных сроки заживления ран доходили до 18-20 суток. В качестве антисептиков использовались мази, дезинфицирующие растворы. Нагноение раны наблюдалось в 12% случаев, в виде удлинения сроков заживления, появления отделяемого из раны в виде сукровицы. Сроки заживления ран у больных основной группы в среднем составили 12 ± 2 дней (96%). Более длительный срок заживления раны был связан с глубиной деструкции.

Заключение: Использование микрохирургической техники представляется более эффективным методом лечения неогнестрельных травм лица и конечностей.

К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ВОСПАЛЕНИЯ

Шукурлаев К.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Развитие воспалительного процесса происходит под влиянием многих факторов, в том числе и так называемых медиаторов, которые поступает в очаг воспаления из сосудов или образуются в нем. К медиатором воспаления, в частности относятся гистамин, образующийся и накапливающийся, главным образом, в гранулах тучных клеток и базофилов. Он участвует в реакции микрососудов после действия провоспалительного раздражителя и взаимодействует с H_1 -рецепторами эндотелиальных клеток сосудов, вызывает их сокращение, что приводит к повышению проницаемости сосудов.

Совместно с гистамином в сосудистых реакциях принимает участие и серотонин, который способствует также синтезу коллагена и моноцитарного хемотаксиса. В дальнейшем под влиянием высвобождающихся из поврежденных клеток протеолитических ферментов, понижения рН тканей и концентрации биогенных аминов происходит активация калликреин-кининовой системы. Кинины, в свою очередь, вызывают повышение проницаемости сосудистой стенки, являются передатчиками боли, усиливают соответствующие эффекты гистамина и серотонина и увеличивают биосинтез простаглан-динов. Некоторые медиаторы воспаления образуются в результате метаболизма арахидоновой кислоты, при превращении ее под влиянием изофермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) образуются простагландины, простаглицлин, тромбоксан, а под действием липооксигеназы-лейкотриены.

Простагландины (ПГ) вызывают повышение проницаемости стенок капилляров, могут оказывать сосудорасширяющий эффект. ПГЕ и простаглицлин, ПГИ, усиливая действие брадикинина, способствуют развитию болевого синдрома, отека, а как пирогены-повышению температуры. ПГЕ и ПГФ являются медиаторами различных аллергических реакций. ПГ уменьшают секрецию и снижают тонус гладкой мускулатуры. Простагландины серии F_2 оказывают противовоспалительный эффект, то есть угнетают воспаление. Увеличение уровня простагландинов E_2 наблюдается у больных ревматоидным артритом, но этот показатель не изменяется у гормональзависимых больных.

Простагландины тесно связаны с тромбксанами. Так, простаглицлин серии I_2 и тромбоксан A_2 действуют противоположно. Образываясь в тромбок-саны проявляют себя как вазоконстрикторы, стимуляторы агрегации и дегрануляции тромбоцитов, способствуя агрегации лейкоцитов, хемотаксису их и, что особенно важно, образованию свободных радикалов.

Таким образом, возникновение и течение воспаления является крайне сложным процессом, в реализации которого участвуют взаимосвязанные между собой многочисленные факторы и эндогенные биологически активные вещества.

ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С.¹, Рузиев А.Э.², Хайдаров С.А.¹
*Андижанский государственный медицинский институт¹,
Бухарский государственный медицинский институт²*

Актуальность. По данным ВОЗ, заболеваемость неспецифического язвенного колита (НЯК) составляет 50-80 человек на 100 000 населения. За последние десятилетия взгляд на оказание хирургической помощи больным с НЯК претерпел значительное эволюционное развитие. Несмотря на это до настоящего времени частота ранних послеоперационных осложнений при плановых вмешательствах доходит до 10%, при экстренных – до 60%. В связи недостаточной эффективности имеющихся методов предупреждающих осложнений в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии.

Целью исследования является предотвратить осложнения у больных с НЯК в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечение эндомезентериальной лимфатической терапии и лимфостимуляции.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов-больных в послеоперационном периоде при НЯК находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2008 по 2018 год. Мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 60 лет. Наибольшее количество пациентов было трудоспособного возраста – 91 (93,8%). Все оперированные пациенты были разделены на две группы. В первую - контрольную группу включены пациенты, которые в послеоперационном периоде получали общепринятое традиционное лечение (n=43), применяя парентеральную антибактериальную терапию. Пациентам включенные во второй – основной группе, комплексное лечение в послеоперационном периоде дополнялось применением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54).

Результаты и обсуждение. Результаты эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде показали высокую эффективность применения метода. При этом послеоперационные осложнения внекишечные и кишечные в основной группе больных резко уменьшились по сравнению с контрольной. Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов основной группы снизились более значительно.

Заключение: Полученные результаты наглядно отображали эффективность лимфотропной терапии, позволивших улучшить результаты лечения НЯК путем снижения частоты кишечных осложнений в послеоперационном периоде с 25,6% до 9,2%.

ВЫБОР ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.
Бухарский государственный медицинский институт

Экспериментальная разработка модели острого остеомиелита (ООМ) позволяет изучить микробиологические и иммунологические аспекты данного заболевания.

Цель: отбор штаммов инфекционных микроорганизмов для формирования экспериментальной модели ООМ для оценки микробиологических и иммунологических закономерностей течения ООМ. **Материал и методы.** Для создания экспериментальной модели ООМ было использовано 120 белых беспородных мышей весом 18-22 гр. в возрасте 2–3 мес.

При выборе возбудителей использовали данные микробиологической диагностики 231 пациента с ООМ. С целью создания экспериментальной модели ООМ (ЭМОМ) были отобраны следующие штаммы: *S.aureus* 003994/Wood-46; *S.aureus* 003846/11; *S.aureus* 003851/2; *S.aureus* 003926 / М-4; *S.aureus* 004174 / МZ-85. Все штаммы были получены из Национальной коллекции микроорганизмов инфекций человека НИИ ЭМИЗ при МЗ РУз.

Для создания ЭМОМ коллекционные штаммы повторно высевали и собирали 3–4 раза в питательной среде, которая соответствовала их таксономической группе. Идентификацию всех штаммов провели по морфологическим, тинкториальным, культуральным, ферментативным, токсигенным и антигенным свойствам. Все штаммы были отобраны от пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Результаты. Экспериментальные животные были заражены дважды для создания ЭМОМ. При первом введении использовалась смесь штаммов стафилококков. Для усиления эффекта инфицирования микроорганизмы перед использованием выращивались в питательной среде.

Экспериментальных животных травмировали скальпелем в области верхней части бедренной кости и вводили суточную культуру штаммов в количестве 0,1 мл микробной массы (6×10^9 микробов/мл).

Вторая инъекция была выполнена на 7-й день с использованием того же метода. Был взят штамм (*S.aureus* 003926 / М-4), который превзошел другие штаммы стафилококков по патогенности. После инфицирования лабораторных животных место поражения ушивали хирургическим путем и им предали вид, соответствующий дооперационному состоянию.

Симптомы и Признаки ЭМОМ были видны на 3-4 день после заражения микроорганизмами. Это проявлялось в виде клинических симптомов воспаления бедренной кости: отека, затрудненного движения задних конечностей, потерей аппетита и слабостью.

Клиническая картина развития ЭМОМ подтвердилась данными визуальной оценки бедренной кости, а также микроскопическим исследованием гноя и морфологией пораженной кости.

Таким образом, при выборе штаммов микроорганизмов для формирования ЭМОМ необходимо выявление особенностей патогенности и вирулентности штаммов до заражения лабораторных животных. Отобранные штаммы по своим свойствам должны быть монокультурами и одного и того же вида при создании ЭМОМ. Инфицирующая доза при ЭМОМ должна составлять не менее не менее 6×10^9 микробов/мл.

ТАЖРИБАВИЙ ЎТКИР ОСТЕОМИЕЛИТ МОДЕЛИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ИНФИЦИРЛОВЧИ АГЕНТЛАРНИ ТАНЛАШ

Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Ўткир остеомиелит моделини тажрибада яратиш ушбу касаллик микробиологик ва иммунологик томонларини ўрганиш имконини беради.

Шундан келиб чиққан ҳолда илмий ишимиз мақсади ўткир остеомиелит касаллигининг микробиологик ва иммунологик қонуниятларини баҳолаш мақсадида ўткир остеомиелит тажрибавий моделини шакллантириш учун инфицирловчи микроорганизмлар штампларини танлаш ва уларнинг ўткир тажрибавий остеомиелит чақира олиш хусусиятини баҳолаш бўлди.

Тажрибавий ўткир остеомиелит (ТЎО) моделини яратиш мақсадида 2-3 ойлик, оғирлиги 18-22 г бўлган 120 та оқ, зотсиз сичқонлар ишлатилди. Уларни боқиш, сақлаш, тажрибавий ҳайвонлар сифатида микроорганизмлар билан зарарлаш ва жонсизлантириш умум қабул қилинган расмий қоидалар ва усуллар асосида амалга оширилди. Қўзғатувчиларни танлашда адабиётлар маълумотлари ва биз томондан ўрганилган 231 нафар ўткир ва сурункали остеомиелитлар билан касалланган беморлар микробиологик таҳқиқ маълумотларидан фойдаландик.

ТЎО моделини яратиш мақсадида *S.aureus* 003994/Wood-46; *S.aureus* 003846/11; *S.aureus* 003851/2; *S.aureus* 003926/M-4; *S.aureus* 004174/M3-85 штамmlаридан фойдаланилди. Барча штамmlар ЎзР ССВ ЭМЮК ИТИ “Одам инфекциялари микроорганизмларининг миллий коллекцияси”дан олинди.

Тажрибавий модел яратиш мақсадида коллекцион штамmlар 3-4 мартадан ўз токсонимик гуруҳига мос озиқ муҳитларда қайта экиб, ундирилди. Қайта экишлар ўтказилгач, барча штамmlар морфологик, тинкториал, культурал, ферментатив, токсигенлик ва антигенлик хусусиятларини ўрганиш асосида идентификация қилинди. Барча штамmlар мамлакатимиз ҳудудида йирингли-яллиғланиш касалликлари билан касалланган беморлардан ажратиб олинган маҳаллий штамmlар эди.

ТЎО модели Соловьев М.М. [1969] таклиф этган усул ёрдамида биз таклиф этган қўшимчалар [Нуралиев Н.А. ва муаллифдошлар, 2010] асосида ўтказилди.

ТЎО моделини яратиш учун тажриба ҳайвонлари 2 марта инфицирланди. Биринчи киритишда стафилококклар штмлари аралашмасидан фойдаланилди. Инфицирловчи самарани кучайтириш мақсадида микроорганизмлар қўллашдан олдин озиқ муҳитли шарбатда ўстирилди. Тажриба ҳайвонлари сон суягининг юқори қисми суяк усти қавати скалпел ёрдамида жароҳатланиб, унинг устига штамmlарнинг бир кунлик культураси 0,1 мл микроб массаси миқдорида (6×10^9 микроб танаси/мл) киритилди. Иккинчи киритиш 7 - суткада шу усул асосида амалга оширилди, фақат бунда бошқа стафилококк штамmlаридан ўзининг кучли патогенлик хусусиятлари билан устун турувчи штамм (*S.aureus* 003926/M-4) ишлатилди. Инфицирлашдан сўнг лаборатория ҳайвони сон суяги усти хирургик усулда аввалги ҳолатдагидек тикиб қўйилди.

ТЎО белгилари микроорганизмлар билан зарарлаш ўтказилгач, 3-4 кун ўтгач, кўзга кўринди. Бу сон суяги йирингли-яллиғланиши жараёнининг клиник белгилари билан намоён бўлди (шиш, орқа оёқни қийичилик билан ҳаракатлантириш, иштаҳанинг йўқолиши, ҳолсизлик). Клиник кузатувлар натижалари ТЎО ривожланган сон суягини визуал ўрганиш, йирингни микроскопик текшириш ва суяк зарарланган қисмини морфологик ўрганиш билан ҳам тасдиқланди.

Шундай қилиб, олинган натижалар ТЎО моделини шакллантиришда микроорганизмлар штамmlарини танлашда қуйидаги қонуниятларга эътибор бериш зарурлигини кўрсатди: биринчидан, лаборатория ҳайвонларини инфицирлашдан олдин штамmlарнинг патогенлик ва вирулентлик хусусиятларини аниқлаш; иккинчидан, танланган штамmlар идентификация қилинган бўлиб, монокультура эканлигига ишонч ҳосил қилиш; учинчидан, ТЎО да бир турга мансуб микроорганизмлар штамmlарининг қўлланилиши; тўртинчидан, микроорганизмлар концентрациясининг 6×10^9 микроб танаси/мл дан кам бўлмаслигини таъминлаш; бешинчидан, инфицирлаш самараси микроорганизм тури, унинг вирулентлик даражаси, ўчоққа киритилган вақти ва концентрациясига боғлиқ.

ХОРАЗМДА ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИНИНГ ЭКОЛОГИК НОҚУЛАЙ ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Юлдашев О.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Мастопатия – сут беши касалликлари орасида энг кенг тарқалгани бўлиб, маммология соҳасига мурожатларнинг 90% ни мастопатияларга тўғри келади.

Мастопатиялар кўпинча орқа қайтмас ўзгаришларсиз кечади. Шунга қарамасдан сут беши касалликлари фонида сут беши саратони 3–5 марта, баъзи шакллари фонида 25–30 марта кўп учрайди.

Тадқиқотлар натижасида ФКМ билан касалланган беморларнинг 53,8% ида қалқонсимон без кисталари аниқланган бўлса, фиброаденома аниқланган беморларда эса аксинча камроқ 7,8% беморларда қалқонсимон без патологияси белгилари аниқланган.

Турли муаллифлар малумотлари бўйича, турли эпидемиологик текширувларда мастопатияга чалинган аҳоли орасида қалқонсимон без касаллиларининг учраши 50% дан кўп учрар экан, ҳамда қалқонсимон без функциясининг пасайиши мастопатия бўлиш хавфини 3,8 марта оширар экан.

Ш.А. Ахмедова, Т.Х. Хашаева маълумотлари бўйича, мастопатия учраш эҳтимоли гипертиреоид синдроми мавжуд бемор орасида 64,91% ни ташкил қилар экан. Фиброз - кистоз мастопатия билан касалланган аёллар қон зардобида бошқаларга қараганда трийодтиронин ва тироксин миқдори юқорилиги, тиреотроп гормон миқдори пастлиги, тиреоглобулинга нисбатан пайдо бўлган Ат миқдори 6,5 марта кўплиги аниқланган. ($p < 0,05$).

Тадқиқот мақсади: Хоразм вилоятида туғруқ ёшдаги мастопатиянинг хавф омилларини ўрганиш

Тадқиқот манбаси ва текширув усуллари. Тадқиқотимиз манбаси сифатида Республика онкология илмий амалий маркази Хоразм филиали поликлиникасида амбулатор шароитда 2014 - 2018 йиллар давомида даволанган 263 та 18 ёшдан 49 ёшгача бўлган аёллар амбулатор карта маълумотлари ретроспектив таҳлил қилинди, ҳамда тиббий-демографик, ижтимоий - гигиеник ва бошқа омиллар учраш даражаи ўрганилди.

Натижалар: Тадқиқот манбаси сифатида олинган беморлар амбулатор картаси маълумотлари ўрганилганда қуйидаги омиллар юқори хавф омиллари сифатида аниқланди: жинс, ёш, антропометрик маълумотлар, наслийлик, эндокрин ва репродуктив тизим касалликлари, овқатланишнинг ўзига ҳослиги ва зарарли одатлари, касбнинг ва меҳнат шароитининг қийинлиги, ижтимоий - иқтисодий статус

Хулоса. Хоразмда жанубий орол бўйи минтақасининг экологик ноқулай шароитида яшовчи аёлларда фиброз кистоз мастопатиянинг ривожланиши хавф омиллари сарасига тиреоид патология киради.

ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ХЛОПКОВОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО АРТРИТА ИНДУЦИРОВАННОГО ДЕКСТРАНОМ

Юлдашев Ж.И.

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии

Создание лекарственных средств применяемых в лечении заболеваний человека обусловленное воспалением представляет актуальную проблему современной фармакологии. Препараты, применяемые в настоящее время хотя и обладают высокой фармакологической активности, обладают рядом порою опасных побочных эффектов, по

этому изыскание новых противовоспалительных препаратов является первостепенной задачей. Поскольку инициатором воспаления в настоящее время считают простагландины образующихся из фосфолипидов клеточных мембран в результате перекисного окисления липидов, то становится логичным применение антиоксидантов в подавлении воспалительного процесса.

Экспериментальная модель асептического артрита воспроизводили путем субплантарного введения в заднюю лапку крыс 6% водного раствора декстрана в объеме 0,1 мл. Изучали профилактическое действие различных доз модифицированной соединений хлопковой целлюлозы (10, 25 и 50 мг/кг) сравнительно с диклофенаком натрия (10 мг/кг) и силибор (100 мг/кг). Вышеуказанные препараты превентивно вводились внутривентрикулярно с металлическим зондом за 2 часа до введения флагогена.

Результаты проведенных исследований показали, что введение декстрана приводило к резкому увеличению объема лапок (в 2-2,5 раза) с продолжительностью более 6 часов. В отличие от этого у крыс получавших новое соединения хлопковой целлюлозы в различных дозах интенсивность экссудативного процесса была отчетливо низким. Аналогичные результаты нами были получены у крыс предварительно получавших силибор - антиоксидант, гепатопротектор и диклофенак натрия - нестероидный противовоспалительный препарат. Примечательно, что новое соединение содержащее антиоксидант - полифенол по своей противовоспалительной активности превосходил не только силибор, но и эталонного нестероидного противовоспалительного препарата - диклофенака натрия.

На наш взгляд дальнейшие исследования модифицированного соединения хлопковой целлюлозы содержащей полифенолы после углубленного изучения их фармако-токсикологических свойств представляет важный интерес в плане создания эффективных конкурентно способных лекарственных средств предназначенные для лечения острых и хронических заболеваний в патогенезе которых центральную роль принадлежит воспалению.

THE RELATIONSHIP OF THYROID PATHOLOGY AND FIBROCYSTIC BREAST IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE

Yuldashev O.S., Tojibaeva D.M., Ruzmetova Sh.D.
Urgench branch Tashkent medical academy

Objective. To investigate the frequency relationship fibrocystic breast in women of childbearing age with thyroid diseases.

Materials and Methods. There were 20 women with thyroid diseases from 28 to 46 years. The average age of the surveyed women was $35,75 \pm 1,47$. The control group consisted of 10 healthy individuals, with an average age of $34,1 \pm 2,02$. Among them, fibrocystic breast disease of varying severity was diagnosed in 16 (80%). All women underwent clinical breast examination, breast ultrasound, clinical examination of the thyroid gland. There have also been studied: thyroid stimulating hormone (TSH), free thyroxine (T₄free), antibodies to TPO, prolactin.

Results. In 16 of the 20 women, depending on the pathology of the thyroid gland revealed fibrocystic breast disease. In women with fibrocystic mastopathy study was conducted, which revealed in 11 (68.75%) women hypoplasia of the thyroid gland, of which 2 (18.9%) were accompanied with autoimmune thyroiditis. In 2 (12.5%) were identified diffuse goiter of 1 degree, including one patient with an autoimmune accompanied thyroiditis. In 3 out of 16 women (18.75%) were identified nodular euthyroid goiter. During the study of hormonal control group it was found that TSH level averaged 1.62 ± 0.16 mME/l free T₄ index was $1,33 \pm 0,07$ ng/dL, and the prolactin level was $9,25 \pm 2,02$ ng/ml, the antibody to TPO $1,53 \pm 0,03$ ME/ml. The study found that of the 16 women with fibrocystic mastopathy in 12 (75%) is observed euthyroid women with an average of antibodies to TPO was

1,53±0,03 ME/ml, TSH 1,79±0,18 mME/l, free T4 1,53±0,06 ng/dL, prolactin 9,7±2,61 ng / ml. In 4 (25%) AIT subclinical hypothyroidism level of antibodies to TPO was 73,33±48,76 ME / ml, TTG 5,40±0,97 mME/l, free T4 1,35±0,16 ng/dL, prolactin 21,9±7,10 ng/ml. Patients being treated mastitis, and thyroid disease. Conclusions from this study revealed that 16 (80%) of the 20 women observed fibrocystic breast disease. Ultrasound diagnosis is one of the main methods for the assessment of breast and thyroid. In the course of the survey revealed that all women with thyroid gland of childbearing age should be examined in parallel breasts. Women with hypoplasia of the thyroid gland by ultrasound (65% women) are at risk for the development of fibrocystic breast and require careful observation and study of the mammary glands.

КЎЗ ИНТРАВИТРЕАЛ БУШЛИГИГА АНГИОГЕНЕЗ ИНГИБИТОРИ ЮБОРИЛГАНДАН СЎНГ ЮЗАГА КЕЛГАН ТРАКЦИОН МАКУЛОПАТИЯ

Юлдашева Н.М., Таджиева Ф.С., Ильясов Ш.Ш., Ишанходжаева Ф.Ш.,
Юлдашева М.М.

*Ё.Х. Турақулов номли Республика ихтисослаштирилган илмий
амалий тиббиёт эндокринология маркази.*

Қандли диабет хасталигида кўз ўткирлиги сусайишини асосий сабабчиларидан бири бу диабетик макулопатиядир (Bandello F., Battaglia Parodi M., Lanzetta P, et al., 2017). Диабетик макулопатия ривожланиши асосий сабабчиларидан бири қон томир эндотелиал ўсиш факторидир – VEGF (Chung Y.R, Kim Y.H., Lee S.Y., et al., 2019). Бу очилиш турли антиVEGF дори воситаларини ангиогенез ингибитори сифатида ва макуляр шиш холатларида кенг қўлланилишига сабаб бўлди (Banaee T., Ashraf M., Conti F.F., et al., 2017). Шу билан биргаликда бази манбаларда бу даволаш усулларининг ножўя таъсирлари ҳақида маълумотлар ҳам бор (Hussain RM, Ciulla TA., 2017).

Тадқиқот мақсади: ангиогенез ингибитори – Бевацизумаб дори воситаси қўлланилган холатларда шишасимон тана томонидан тракцияни кучайишини намойиш этиш.

Материал ва усуллар: Бизнинг назоратда 62 ёшли, қандли диабет хасталиги билан 14 йилдан буён даволаниб келаётган аёл бўлди. Бемор кўзларида шишасимон тананинг қисман кўчиши билан биргаликда препролифератив диабетик ретинопатия ва диабетик макулопатия аниқланган ва шишасимон тана ичига Бевацизумаб дори воситаси 2.5 мг миқдорда юборилган.

Натижалар: Текширув натижасида кўз тубида макуляр шиш ва радиал бурма кўринишидаги витреомакуляр тракциялар аниқланди. Бу холат ОСТ ёрдамида олинган суратлар асосида тасдиқланган. Тасирланган кўзнинг дастлабки максимал коррекцияга эришилган кўриш ўткирлиги ва 0,1 дан кўп эмас эди. Дастлабки макула соҳасидаги тўр парданинг ҳажми (ОКТ) 9.74 мм³. Инекциядан сўнг, 6 суткада кўриш ўткирлиги 0.25 га кўтарилган. Лекин шунга қарамай 14 суткага келиб кўриш ўткирлиги 0.09 га тушган. ОКТ кўрсаткичларига кўра фовеола соҳасида тўр парда қалинлиги 387 мкм дан 412 мкм га, фовеа соҳасида 389 мкм дан 407 мкм га, перифовеа соҳасида 379 мкм дан 389 мкм га ва парафовеа соҳасида 381 мкм дан 410 мкм га қалинлашган. Шу билан биргаликда орқа гиалоид мембрана кўчиш соҳасида зўриқиш аниқланди. В-сканирлаш, кинетик проба давомида шишасимон тана марказий бўлинмаларининг ҳаракатсизлиги аниқланди.

Мухокама: Ангиогенез ингибитори дори воситаларини қўллаш натижасида тракция кучайиши хавфи кўп бор адабиётларда келтирилган (Arevalo J.F. et al. 2008; Jan S., et al., 2016) ва бу холат этибор ва бўлажакда батафсил ўрганишни талаб этади.

ХОРАЗМДА АЛОҚА ВОСИТАЛАРИ СИФАТИДА МИНОРАЛАРНИНГ ЖАМИЯТ ХАЁТИДАГИ ТУТГАН ЎРНИ ВА РОЛИ ТАРИХИ

Юсупов И.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Минора – араб тилида, маёқ, машғал маъноларини билдиради. Ислом мамлакатларида миноралар масжид ёки мадрасалар ёнида қурилган. Шунинг учун уни фақат намозга чақириш учун қурилган деб ўйлашади. Аслида, миноралар исломдан олдин ҳам бўлган ва улар “Буюк ипак йўли”да, карвонлар учун саҳрода “Маёқ” вазифасини ўтаган. Қум-саҳронинг ҳар маълум жойида миноралар қурилган ва улар ёнида кудуклар бўлиб, карвон аҳлини ичимлик суви билан таъминлаб турган. Бундан ташқари миноралардан воҳада алоқа воситалари сифатида ҳам фойдаланилган.

Хоразм ҳудудининг катталигини инобатга олган ҳолда мамлакатга бостириб келаётган душман ҳақидаги хабарлар айнан миноралар орқали пойтахтга хабар етказишнинг қадимги усуллар орқали амалга оширилар эди. Энг аввало хабар миноралари ишга тушар, ҳар манзилда қурилган миноралар устига тутинли олов ёқилар, иккинчи манзилдаги қоровул буни пайқаб у ҳам оловга ўт қўяр эди. Ўша миноралардан бири Чилпиқ хозиргача сақланган. Бундан ташқари ўша миноралар ёнида махсус қўриқчилар ва 3-4 чопқир отлар тайёр турган, оғзаки хабар етказувчи чопар ҳар манзилда отни алмаштириб, бир кун ичида мамлакатга душман келганидан огоҳ қилар эди. Душман етиб келгунча миноралар орқали олинган хабарга кўра лашкар жанговор холга киритилар, оғзаки аниқ маълумот етиб келгани заҳоти ҳарбий ҳаракат амалий ишга киришилаар эди.[1, Б.34].

Устюрт ҳудудий кенглигининг қуйи Амударё водийсини ғарб томонидан ўраб олган, баландлиги 50 метр келадиган бутун забардаст Чинки (жари) ёқалаб Хоразм истеҳкомлари занжири чўзилиб кетган. X асрда барпо қилинган бу истеҳкомлар Устюртдан водийга қараб тушган ҳамма йўлларни беркитиб қўйган. Анашу истеҳкомлар билан бирга чақириқ бериб туриш учун мўлжалланган маёқ-миноралар ҳам қурилганки, булар ёруғлик чақириғи бериш учун мўлжалланганди. Бу минораларнинг ҳар бири йўниб силлиқланган тошдан ишланган бўлиб, Устюртнинг ёқасида, пастга қараб кетадиган йўлнинг тепасида жойлашган. Кўзга узоқ-узоқлардан ҳам яққол ташланиб турадиган бу миноралар ўша даврда ажойиб мўлжал хизматини ўтай олганди. Миноралар бири иккинчисидан тахминан 20 километр масофада Чиник (жар) бўйлаб жанубга томон чўзилиб кетган ва ягона бир тизимни ташкил этади.

Даштдан келувчи душман ҳудудий кенгликда пайдо бўлиб қолган тақдирда Чиникнинг истаган томонидан ёруғлик чақириғи бериб, ярим соат ичида Урганчни бундан воқиф қилиш мумкин эди. Чиникдан пастга қараб тушувчи йўлнинг этагида, тексликда ёки қоялар устида унча катта бўлмаган истеҳкомлар қурилганди. Душманнинг водийга тушиб келаётган отлик аскарлари тик қоя билан истеҳкомлар ўртасидаги тор жойда тикилиб қолиб, бу аскарларни унча катта бўлмаган гарнизон вақтинча бу ерда тутиб турарди, шу орада бутун мамлакат оёққа турарди. [2, Б.5].

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЛИСТНО-ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.Р. Ибрахимова Х.Р.

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность исследования. Проблема охраны здоровья детей является на сегодняшний день одной из приоритетных задач здравоохранения (Трифонов С.В., 2004; Онищенко Г.Г., 2006; Сергиев В.П., 2006). В настоящее время одними из факторов, определяющими состояние здоровья населения, являются социально-обусловленные

болезни, в том числе – протозоозы и гельминтозы, на долю которых приходится 99% всех паразитарных заболеваний (Онищенко Г.Г., 2003).

Особенностью гельминтозов является чрезвычайное разнообразие клинических проявлений даже при заражении одним видом возбудителя – от бессимптомного (субклинического) течения до тяжелых проявлений с летальным исходом. Как свидетельствуют имеющиеся на сегодняшний день данные, гельминты вызывают поражение не только органов, в которых они непосредственно паразитируют, но и всего организма, особенно центральной нервной системы (ЦНС). В остром периоде гельминтной инвазии ведущим патогенетическим фактором является сенсibilизация организма и его готовность к аллергическим реакциям при повторном поступлении антигенов гельминта, что характерно для всех гельминтозов, поэтому их относят к заболеваниям с обязательным аллергическим компонентом. В ответ на аллергены организм хозяина вырабатывает антитела (в основном Ig E и в меньшей степени — Ig A). Антитела класса Ig E при гельминтозах играют двоякую роль. Во-первых, они фиксируются на тучных клетках и базофилах крови, способствуя их дегрануляции при повторном воздействии антигенов паразита. Во-вторых, антитела этого класса обеспечивают фиксацию эозинофилов и тромбоцитов на гельминтах, наблюдаемую в тех случаях, когда гельминты по разным причинам не способны оказывать выраженное иммунодепрессивное действие на иммунную систему хозяина. Незначительное количество паразитарных болезней может явиться причиной острого заболевания с выраженными характерными клиническими симптомами.

При анализе характера стула у детей с различными видами паразитарной инвазии обнаружено, что оформленный стул чаще отмечался у детей с сочетанной глистно-протозойной инвазией лямблиоз-аскаридоз-энтеробиоз (у 75% пациентов), запор чаще (у 30% детей) наблюдался у детей с сочетанной инвазией аскаридоз-энтеробиоз, а неустойчивый стул чаще отмечался у пациентов с моно инвазией аскаридами (у 24% детей). У пациентов с сочетанной инвазией лямблиоз-аскаридоз-энтеробиоз не было жалоб на неустойчивый стул, а у 20% детей данной группы отмечали наличие запоров.

ФОСФОЛИПИДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ И ВГС У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.Р., Отажанов Ш.З., Нурллаев Р.Р.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

По данным ВОЗ, распространенность хронического вирусного гепатита С (ХВГС) среди ВИЧ- инфицированных в Европейском регионе велика и составляет в среднем 40%. Вирус гепатита С рассматривается как основной этиологический фактор хронического гепатита - до 70% больных имеют маркеры HCV-инфекции, а также цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы - 40% пациентов HCV – позитивны. Патологические процессы в печени при различных заболеваниях сопровождаются нарушением структуры и функции мембранных систем гепатоцитов. Повреждение мембран обусловлено нарушением липидного бислоя за счет перекисного окисления и воздействия эндогенных фосфолипаз. Такое влияние вируса гепатита С на гепатоциты приводит к тому, что есть необходимость в укреплении печеночно-клеточных мембран с противовирусным эффектом действия, этими свойствами обладает препарат Фосфоглив, который сочетает в себе эссенциальные фосфолипиды, и глицирризиновую кислоту (которая обладает противовирусным действием и является эмульгатором фосфолипидов). **Целью данного исследования явилось:** изучить эффективность применения препарата Фосфоглив в комплексной терапии ко-инфекции ВИЧ и ВГС у детей.

Материал и методы исследования: исследование проводилось на базе областной инфекционной больницы. Было обследовано 20 больных детей с диагнозом ВИЧ-

инфекция в возрасте от 2 до 18 лет. Из них у 18 детей определены маркеры HCV-инфекции – анти – HCV методом ИФА и RNA HCV методом ПЦР.

По полу среди ко-инфицированных ХВГС и ВИЧ было следующее распределение: 8 девочки, 12 мальчики.

В зависимости от полученного лечения дети в возрасте от 12 до 18 лет были разделены на 2 группы. 1 группу (основную) составили 22 ребенка, получавших, помимо базисной печеночной терапии препарат Фосфоглив. Дети получали Фосфоглив последующей схеме: в дозе 2,5 г предварительно разведенные в 10 мл воды для инъекций, 2 раза в сутки внутривенно струйно, ежедневно, первые 10 дней, в последующем по 2 капсулы 3 раза в день (во время еды) - 2-3 месяца. 2 группу (сравнения) составили 20 детей, которые получали только базисную терапию.

Заключение: Проведенное исследование показало положительное влияние препарата Фосфоглив на динамику клинических симптомов, биохимические показатели, а также на уровень репликации вируса гепатита С, что предопределяет целесообразность включения его в комплексную терапию ко-инфекции ВИЧ и ХВГС.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Юсупова З.К.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что наличие клинически выраженных сопутствующих заболеваний создает трудности в хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста. Отсутствует концепция системного и комплексного подхода к лечению возрастных соматически отягощенных пациенток с сочетанной гинекологической патологией, основанная на рациональном применении разных методов малоинвазивной хирургии.

Цель исследования. Оценка особенностей клинических проявлений гинекологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.

Материал исследования включал 108 женщин поступивших в гинекологическое отделение 1-Клинику СамМИ с подозрением на внутриматочную патологию. Все пациентки были полностью обследованы в стационарных условиях.

Результаты исследования. Возраст пациенток составил 53-71 лет (средний - $57,6 \pm 3,6$ лет). Возраст наступления менопаузы варьировал от 41 до 56 лет (в среднем – $44,9 \pm 6,8$ лет). Наиболее часто встречались миома матки (26,53%), патология эндометрия (16,42%), псевдоэрозия шейки матки (18,67%), а также воспалительные заболевания гениталий (36,67%). Реже диагностировались в прошлом кисты яичников (2,43%), полип цервикального канала (1,05%), неполное выпадение матки (2,78%). У многих пациенток отмечалось сочетание различных гинекологических заболеваний.

При анализе сопутствующих заболеваний было отмечено, что наиболее часто встречается патология сердечно-сосудистой системы – у 66 пациенток (61,11%), представленная ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью в сочетании с другими заболеваниями или изолированно.

Выводы. Особенностью внутриматочных патологических процессов у больных пожилого и старческого возраста является их преимущественно бессимптомное течение, и диагноз может быть поставлен на основании ультразвукового скрининга.

Анатомическими особенностями матки у больных пожилого и старческого возраста, создающими сложности при операции, являются ее малые размеры, атрофические изменения тканей и частичная или полная атрезия цервикального канала.

Наиболее частой патологией эндометрия у женщин пожилого и старческого возраста являются железисто-фиброзные полипы эндометрия, повышена частота эндометриальных аденокарцином.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК АНЕСТЕЗИИ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Юсупова З.К.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Учитывая тенденцию мультимодального подхода к проведению обезболивания, в последние годы все большее распространение получают методы регионарной анестезии. В зависимости от возраста пациента, характера и продолжительности оперативного вмешательства, наличия сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, состояние после инсульта и инфаркта миокарда) врач-анестезиолог выбирает подходящий именно Вам метод анестезии и препараты для ее проведения.

Цель работы: разработка модифицированного способа сакральной анестезии и изучение его эффективности при оперативных вмешательствах в проктологии.

Материалы и методы исследования. Исследование было выполнено у 60 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойная хирургии ОМПНИЦ г. Ургенча и которым под эпидурально-сакральной анестезией были выполнены плановые оперативные вмешательства на анально ректальной зоне. Для сравнительного анализа эффективности стандартной и модифицированной методики сакральной анестезии все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я клиническая группа - 30 пациентов, сакральная анестезия выполнялась по стандартной методике и 2-я группа - 30 пациентов, сакральная анестезия выполнялась по модифицированной методике. Пациенты обеих групп не имели статистически значимых различий по возрасту, полу, имели класс тяжести по ASA I-II. В качестве вводимого в эпидуральное пространство анестетика в обеих группах использовался 2% раствор лидокаина в объеме 20 мл.

Результаты исследования. При сравнении двух методик сакральной анестезии (стандартной и модифицированной) нами в обеих клинических группах изучены следующие показатели: частота успешных пункций сакрального канала - «удачных» анестезий, анальгетический эффект и уровень сенсорного блока. Успешная пункция сакрального канала модифицированным способом была в 96,7% случаев, в отличие от стандартной методики (86,7%).

ВЫВОДЫ. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев при операциях на геморрое достаточно проведение анестезии в течение 1-2-х суток. С целью минимизации неудачных пункций сакрального канала, а также травм копчика, целесообразно использование модифицированной методики, дающей возможность проведения каудальной блокады при отсутствии крестцовой щели либо трудности ее идентификации; простота в применении, позволяющей снизить количество технических трудностей и неудач при высоких уровнях анальгетического эффекта и сенсорного блока.

КОКЦИГОДИНИЯ

Юсупова И.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Кокцигодия - заболевание, проявляющееся приступообразно возникающими или постоянными болями в крестцово-копчиковой области. Часто этим заболеванием страдают женщины молодого и среднего возраста. Боль порой мучительная лишаящая больных покоя и полноценной жизни. Вопросы, связанные с травмой копчика и

травматической кокцигодией изучены недостаточно. Этиология и патогенез кокцигодии до конца не изучены. Между тем повреждения копчика встречаются довольно часто. Зачастую (в 50-90 % случаев), болевой синдром в области копчика развивается после травм крестцово-копчиковой области.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с посттравматической кокцигодией путем внедрения и применения нового метода удаления копчика.

Материалы и методы: Изучены результаты оперативного лечения 14 больных с посттравматической кокцигодией за первое полугодие 2019 года. Из них 11 (78%) женщин и 3 (21%) мужчин. Все больные до операции получали консервативное лечение. Эффект от этого лечения был временный. Всем больным была проведена операция удаления копчика по типу «разборки монетного столбика» с дальнейшим подшиванием анально-копчиковой связки к крестцу.

Результаты и обсуждение: Хороший результат был отмечен у 21 больного. Удовлетворительный у 3 больных. У всех больных послеоперационный рубец зажил первично. У больных с хорошим результатом лечения боли отсутствовали. 3 больным с удовлетворительным результатом лечения было назначено консервативное лечение.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Юсупова И.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Переломы шейки бедренной кости со смещением костных отломков, вколоченные и вальгусные переломы без смещения, как правило, лечатся методом остеосинтеза. Основным недостатком этого метода является резкое нарушение кровоснабжения головки. Даже при правильном послеоперационном введении субкапитальных переломов, асептические некрозы головки бедра составляют 20 % и более. При этом роль остеосинтеза в лечении переломов со смещением костных отломков остается спорным.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с переломами шейки бедренной кости и с ложными суставами, путем внедрения в клинику ортопедии Хорезмского областного многопрофильного центра г. Ургенча метода эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы: Изучены результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у 32 больных: 20 женщин (62,5%), 12 мужчин (37,5%).

Все больные с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости были прооперированы с 2015 по 2018 гг. в отделении ортопедии Хорезмского Областного Многопрофильного Медицинского Центра г. Ургенча.

Результаты и обсуждение: Заживление раны первичным натяжением отмечено у 29 больных (90,6%). У 3 пациентов (9,3%) рана зажила вторичным натяжением. Результаты лечения 32 больных были прослежены в период от 1 до 3 лет. Переломы шейки бедренной кости выявлены у 10 (31,2 %) больных, 22 (68,7%) больных - с ложным суставом шейки бедра.

В основном для эндопротезирования тазобедренного сустава пользовались тотальными эндопротезами немецкого ZIMMER и китайского производства IRENE.

Выводы. Эндопротезирование является методом выбора при переломах шейки бедра, ложных суставах. Этот метод позволяет в ранние сроки осуществлять функциональную нагрузку на оперированную конечность, избежать возникновения сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов, а самое главное улучшить качество жизни больных. Больные могут возвращаться к прежней активной жизни и быть полезными для семьи и общества.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКЕ

Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И., Шерматов Р.М..
Ферганский филиал ТМА, Ферганский филиал РНЦЭМП

Геморрагический шок — это следствие невозмещенной или несвоевременно возмещенной кровопотери, следовательно, своевременное возмещение кровопотери — лучшее средство профилактики геморрагического шока, но не интенсивной терапии, когда он уже развился. В этом случае приходится не только возмещать кровопотерю, но и лечить расстройства, связанные с нарушением функций организма, возникшие в тот опасный момент, пока кровопотеря не была возмещена.

Мерами интенсивной терапии геморрагического шока являются восполнение ОЦК, коррекция метаболизма, лечение или профилактика органических расстройств, коагулопатии и септических осложнений.

К прочим жидкостям, помимо уже упомянутого реополиглокина, относятся кристаллоидные растворы, содержащие дозы электролитов, необходимые для восполнения тканевой жидкости по количеству и составу: лактасол, раствор Гартмана и др. Это заключается в катетеризации магистральной вены, почасовом контроле ЦВД и диуреза; определение концентрационных показателей крови (гемоглобин, гематокрит, кол-во эритроцитов и тром-в.), также необходимо определение уровня общего белка, трансаминаз (АЛТ, АСТ, ЛДГ), фракций билирубина и электролитов. Во – вторых из основных компонентов лечения является инфузионно – трансфузионная терапия. В этом направлении мы пользуемся препаратами крови и плазмы (только по строгим и жизненным показаниям) и с различными коллоидными (полиглокин, реополиглокин), кристаллоидными (0,9% физ.раст. 5%,10% раст. глюкозы, раст.Рингера и Рингера - Локка) растворами и 6 % растворами гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК) разработанной немецкой фирмой «Берлин – Хеми», под названием Рефортан и Стабизол.

В нашем отделении анестезиологии и реаниматологии ФФРНЦЭМП мы наблюдали 18 больных с постгеморрагическим шоком, в возрасте 20 – 60 лет. Из них с постгеморрагическим шоком 8 чел.(44,4%) и с травм. шоком 7чел.(41,1%) были группой наблюдения. У остальных группах противошоковая инфузионная терапия проводилась с отечественными коллоидными и кристаллоидными препаратами, при необходимости препаратами крови. В группе наблюдения мы пользовались в качестве противошоковой инфуз. терапии наряду с отечественными растворами, препараты ГЭК в соответствующих дозировках.

В ходе наших исследований выяснилось что своевременно начатое противошоковая инфузионная терапия с использованием ГЭК препаратов за короткое время дают свои положительные результаты. Это определяется восполнением ОЦК и ликвидацией гиповолемии, восстановлением ВЭБ и КЦР, улучшением микроциркуляции, устранением нарушений реологических и коагуляционных свойств крови, ликвидация расстройств обмена веществ, нормализацией концент. показателей крови и раннему предотвращению так называемых жизненно угрожающих состояний, как «шоковое легкое», «шоковая почка», ОДН и острое почечно – печеночное недостаточность.

В наблюдаемой группе все 15 (42,8%) больных были выведены из шокового состояния за короткое время (в среднем 2 – 5 дн.) и были устранены все гемодинамические, обменные нарушения и предотвращены состояния угрожающих жизни больного. В обычной группе, у больных наблюдались некоторые осложнения (ОДН, ОПН, кровоточивость) и требовало в ходе лечения много времени и усилия .

Выводы: Наиболее адекватным препаратом, соответствующим современным требованиям к «идеальному плазменному заменителю», является 6% растворы ГЭК. Основой препарата служит гидролизированный амилопектин, получаемый из зерен кукурузы восковой спелости или картофеля. Гидроксиэтиловые группы обеспечивают высокие гемодинамические свойства препарата. Создавая высокий уровень гемодилюции, препараты

ГЭК оказывают дезагрегирующее действие, нормализуют коллоидно – осмотическое давление плазмы, улучшают органную перфузию и транспорт кислорода вследствие восстановления системной гемодинамики и микроциркуляции. Время циркуляции препарата в сосудистом русле в среднем составляет 4 часа, за это время макромолекулы расщепляется альфа – амилазой на низкомолекулярные фрагменты, которые элиминируются через почки. Строение препарата сходно со строением человеческого гликогена, поэтому ему свойственна низкая реактогенность.

Таким образом, исходя из нашего наблюдения при шоковых состояниях (учитывая степень тяжести) своевременно проводимая и рационально применившая инфузионная терапия с использованием ГЭК препаратов (Рефортан, Стабизол) дают возможность предотвратить такого грозного состояния, устранить его осложнение (ОДН, ОПН, ДВС – синдром и др.) и значительно снизить летальность.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Юсупова Р.Т., Туранова Н.М., Махмудов Н.И.,
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

В Ферганском филиале РНЦЭМП за период с 2017 по 2018 гг. на лечении находились 45 больных в возрасте от 18 до 36 лет. Все больные поступили по экстренным показаниям: 25 - в течение первых 12 часов, 15 - в сроки до 24 часов и 10 - через сутки и более.

Большинство пациенток (32) предъявляли жалобы на резкие боли внизу живота, слабость и головокружение, у 15 из них преобладали симптомы внутреннего кровотечения. У остальных 13 больных клиника заболевания была менее выраженной, отмечались невыраженные боли в животе.

По результатам осмотра и клинико - диагностических исследований, включающих УЗИ, у 16 больных была установлена апоплексия яичника, у 15 возникло подозрение на апоплексию яичника или внематочную беременность, у 12 диагностировано острое воспалительное заболевание органов малого таза и у 2 - острый аппендицит. Одним из важных диагностических тестов считается пункция заднего свода, которая была произведена 43 больным (двум исследование не проводилось в связи с девственностью). Во всех случаях был получен положительный результат: у 31 больной добыта кровь, у 12 было - небольшое количество сукровичной жидкости. Консервативная терапия, проведенная у этих пациенток, дала хороший эффект.

Оперативному вмешательству подвергнуты 33 больных, у 2 из них операция начата разрезом Мак - Бурнея для удаления аппендикулярного отростка, однако во время вмешательства, после уточнения диагноза им проведена нижнесрединная лапаротомия. У 12 больных диагноз внематочной беременности был исключен. У 3 пациенток внематочная беременность сочеталась с апоплексией, им была выполнена тубэктомия и ушивание разрыва. Во всех остальных случаях произведено иссечение и ушивание разрыва яичника.

Послеоперационный период у всех пациенток протекал благоприятно.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

Юсупов Ш. Р., Аскарлова Р.И.
Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал;

Актуальность: Во всём мире абдоминальный туберкулёз в силу ряда причин перестаёт быть редкой патологией. Туберкулёз относится одной из важных медико-социальных проблем Республики Узбекистан. Актуальность проблемы абдоминального

туберкулёза определяется не только повсеместным ростом эпидемических показателей, но и увеличением случаев генерализованного туберкулёза с запущенными формами туберкулёза органов пищеварения.

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями более чем 100 заболеваний различной этиологии.

Среди других локализаций туберкулеза абдоминальный занимает особое место и является одним из наиболее сложных тем фтизиатров и хирургов. Клиническая картина абдоминального туберкулеза полиморфна, патогномоничные симптомы и четкие диагностические критерии отсутствуют, поэтому он протекает под маской других заболеваний органов брюшной полости и выявляется лишь у небольшой части больных, у большинства же остается не диагностированным. Многие признаки часто встречаются при различных общесоматических заболеваниях, поэтому основную массу больных обследуют в общей лечебной сети под различными диагнозами, упуская основной. Абдоминальный туберкулез — специфическое поражение органов пищеварения, брюшины, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства

При ошибках в диагностике, поздней госпитализации летальность от абдоминального туберкулеза возрастает.

При осложненном абдоминальном туберкулезе пакет увеличенных париетальных, преимущественно парааортальных лимфатических узлов иногда сдавливают круглые кровеносные сосуды. При этом возможно повреждение их стенок.

На этой почве возникают тяжелые внутренние кровотечения. Опасность заражения в этих случаях находится в полной зависимости от эпизоотической обстановки. В случае развития туберкулеза кишечника при алиментарном заражении в специфический воспалительный процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы, лимфатические узлы корня брыжейки тонкой кишки и брюшина. Возникновению и распространению абдоминального туберкулеза способствуют общее ослабление организма, снижение иммунитета, неспецифические заболевания органов пищеварения, снижающие местную резистентность, неполноценное и нерегулярное питание, не благоприятные жилищные условия, эндокринные расстройства, аборты. В основе морфологических изменений лежит специфическая гранулема с перифокальной неспецифической воспалительной реакцией. Морфологические изменения при туберкулезном мезадените такие же, как при туберкулезе периферических лимфатических узлов. При туберкулезе кишечника они характеризуются инфильтрацией, изъязвлением и рубцеванием. Язвы распространяются по ходу кровеносных и лимфатических сосудов, начиная с брыжеечного края и опоясывая всю окружность кишечного просвета. На серозном покрове соответственно локализации язв нередко имеются бугорковые высыпания. Первоначально разрушаются только слизистая оболочка и под слизистый слой, затем в специфический процесс вовлекается мышечный слой и язвы доходят до серозной оболочки. Туберкулезные язвы редко перфорируют, чаще рубцуются, в результате чего образуются стриктуры, которые могут быть единичными и множественными. Изменения в брюшине зависят от глубины ее поражения. Примерно в 90% случаев поражается илеоцекальный отдел кишечника (терминальная часть подвздошной кишки и слепая кишка). Другие его отделы, а также желудок также вовлекаются в туберкулезный процесс. В начальной стадии болезни в слизистой оболочке кишечника образуются туберкулезные гранулемы. При прогрессировании процесса развиваются язвенная (в 60% случаев), гипертрофическая (в 10% случаев) или язвенно-гипертрофическая (в 30% случаев) формы туберкулеза кишечника. Язвенная форма характеризуется образованием множественных язв на слизистой оболочке кишечника: гипертрофическая — утолщением стенки кишечника, распространением воспалительного процесса на все ее слои включая серозную оболочку, а также на брыжеечные лимфатические узлы (мезаденит); язвенно-гипертрофическая — сочетанием признаков обеих форм. При туберкулезе кишечника в нем нередко образуются псевдополипы, свищи, кровотечения, возможно развитие стенозов.

Материалы и методы исследования: Исследования проведены на базе Хорезмского областного противотуберкулезного диспансера. Были изучены истории болезни и результат хирургического лечения с осложненным абдоминальным туберкулезом у 15 больных, пролечившихся в диспансере с 2015-2018 годов. Возраст больных колебался от 31 до 76 лет. Женщин было 6 (40%), мужчин 9 (60%). Восемь пациентов (53,4%) до поступления в хирургический стационар лечились по поводу туберкулеза лёгких, у 5 из них был БК+ в анализе мокроты. У остальных 7 (46,6%) больных мокроты БК(-); Следует отметить, что у одного из указанных шести пациентов, мужчины 76 лет, наличие рассеянных кальцинатов при рентгенологическом исследовании лёгких позволяло заподозрить перенесенный легочный туберкулез. Однако сам пациент туберкулез лёгких отрицал. Десяти больным (66,7%) диагноз осложнение абдоминального туберкулеза был выставлен до оперативного вмешательства на основании клинического и инструментального исследования.

У всех пациентов при поступлении абдоминальная клиника носила многоликий характер, не имела патогномичных симптомов, маскируясь под различную неспецифическую ургентную патологию органов брюшной полости. Перитонеальный синдром наблюдался у 2 больных (13,3%), воспалительный синдром у 8 больных (53,4%), непроходимость желудочно-кишечного тракта у 1 больного (6,6%), у 4 больных сочетанная с ВИЧ (26,6%) кровотечения носило массивный профузный характер.

Результаты исследования, выводы: Ухудшение жилищно-бытовых условий проживания при туберкулезе характеризуется тяжелыми сочетанными формами абдоминального туберкулеза. Большинство больных поступали в стационар через 4 месяца от начала заболевания, что ухудшает течение заболевания. Гистологическое исследование биопсийного материала после пробной лапаротомии остается ведущим методом в диагностике туберкулеза всех форм. Положительная проба Манту подтверждает туберкулезный процесс. При присоединении ВИЧ инфекции кровотечения из желудочно-кишечного тракта при осложненном абдоминальном туберкулезе приобретает профузный, массивный характер. Помимо этого, у больных с осложненными формами абдоминального туберкулеза гораздо чаще встречаются сопутствующие неспецифические заболевания внутренних органов. Комбинированная противотуберкулезная химиотерапия и хирургическое лечение обеспечивает стабильное течение туберкулезного процесса как в легком так и в желудочно-кишечном тракте. Отсутствие положительной динамики туберкулезного процесса в течение 2 месяцев интенсивной терапии не является противопоказанием к проведению радикальных операций в желудочно-кишечном тракте, особенно при его осложненных формах. Тяжелое течение и выраженность клинических проявлений абдоминального туберкулеза могут определяться не только неблагоприятным сочетанием эндогенных факторов во время заболевания, но и внешними медико-социальными факторами.

БОЛАЛАРДА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КИСТОЗ КЕНГАЙИШИ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ ҚИЙИНЧИЛИКЛАР

Якубов Э.А., Нарметов А.Б., Аббосхонов К.Н., Рахимов М.Ш.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Долзарблиги. Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишини диагностика усуллари кўплаб муаллифлар томонидан ёзилган бўлса ҳам амалиётда ушбу патология диагностикасида бир канча қийинчиликларга дуч келинади. Ҳаттоки, операция вақтида ҳам тўғри ташҳис қўйилмаган ҳолатлар учраб туради. Шу сабабли ҳам ушбу касалликни эрта ташҳислаш долзарб ҳисобланади.

Текшурув мақсади. Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайиши диагностикасидаги қийинчиликларни таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. 2009-2019 йиллар давомида ТашПМИ Госпитал болалар хирургияси кафедраси клиник базаларида ўт йўллари кистоз кенгайиши билан даволанган 1,5 ойликдан 12,5 ёшгача бўлган 41 бемор болаларда ўтказилган диагностик усуллар таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Ўт йўллари кистоз кенгайиши билан келган беморлар қоринда оғриққа, терисида сарғайишга, ўнг қовурға равоғи остида пайпасланувчи ҳосилага шикоят қилиб келишди. Бу белгилар 26 (63,4%) беморда алоҳида ҳолда ва 15 (36,6%) беморда эса биргаликда келиши кузатилди. Шу сабабли ҳам ўт йўллари кистоз кенгайиши билан келган беморларни инфекцион гепатит, жигар эхинококки ва ўткир аппендицит билан қиёсий ташҳисланди. Ўт йўллари кисталари билан касалланган 41 бемор боланинг 24 (58,5%) тасида касалликнинг диагностика босқичида хатоликларга йўл қўйилган. 24 нафар бемордан 9 (37,5%) нафари жигар эхинококки ташҳисли йўлланма билан, 3 (12,5%) бемор ўткир панкреатит, 1 (4,2%) бемор ўткир аппендицит, 9 (37,5%) бемор ўт йўллари атрезияси ва механик сариклик, 2 (8,3%) бемор қорин бўшлиғи ўсмаси нотўғри ташҳиси билан касалхонага юборилган. Яна шуни ҳам таъкидлаш керакки, 41 бемордан 23 (56,1%) нафари инфекцион гепатит билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилган ва ташҳис ўз тасдиғини топмагач, беморлар касалхонадан уйига чиқарилган. Ҳамма беморларга бизнинг клиникамизда комплекс текширувлар ўтказилиб, тўғри ташҳис қўйилди ва адекват даво ўтказилди. Натижада 39 (95,1%) бемор касалхонадан чиқарилди ва кузатув давомида 89,7% ҳолатда яхши ва қониқарли натижалар қайд қилинди.

Хулоса. Ушбу патологиядаги мавжуд белгиларнинг бошқа касалликлар билан боғлиқ деб баҳоланиши ва касалликнинг амалиётда кам учраши диагностика босқичида турли хатоликларга йўл қўйилишига олиб келди ва бу ҳолат касалликнинг даво натижаларига салбий таъсир кўрсатди. Шу сабабли ҳам ўт йўллари кисталари диагностикасида замонавий текшириш усулларида фойдаланиш зарурлигини ва операция муолажасини фақат махсус бўлимларда ўтказиш мақсадга мувофиқлигини таъкидлаймиз.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ГОНИТА У ДЕТЕЙ

Яхшимуратов С.Ш.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

По своему анатомическому строению область коленного сустава сравнению с другими суставами наиболее сложна в связи наличием множества синовиальных сумок, сообщающихся и не сообщающихся с полостью сустава. Иногда не представляется возможным точно определить первичную локализацию процесса.

Цель: Изучить комплексный метод лечения гнойного артрита коленного сустава с использованием антибиотиков в сочетании с мелоксикамом.

Материалы и методы: В основу работы положен ретроспективный анализ истории болезни леченых детей в клинике 2-ГДХКБ за период с 2009-2019 г. За 10 лет мы наблюдали 58 детей с острым гнойным артритом коленного сустава (ГАСК). Чаще болеют мальчики до 13 лет. Средний возраст детей 7,2 года. Преобладает одностороннее поражение – 93,2%. В анамнезе у этих детей травмы, частые простудные заболевания (ангина, ОРВИ). Всем больным проведено: общеклиническое, биохимическое исследование, УЗИ, МРТ, пункции коленного сустава. Мы используем Латексный тест для качественного и поликоличественного экспресс – определения С – реактивного белка в сыворотке крови.

Измерение СРБ позволяет получить много полезной информации для диагностики и контроля лечения гнойно – септических заболеваний у детей. При успешном лечении уровень СРБ снижается в течении последующих дней нормализуется на 4 – 8 сутки.

Наши исследования показали, что при гнойном артрите СРБ достигал 374 – 568 мг/л при серозной форме воспаления 320 – 360 мг/л.

Наиболее характерные клинические признаки: припухлость, отечность, боль, нарастающая гиперемия, ограничения активных и пассивных движений, болезненность и дискомфорт, надколенник может слегка выбухать, кожа над суставом более теплая.

Ультразвуковое исследование показывает отек мягких тканей, имеющий неоднородный вид, реактивное гидроцеле и увеличение подколенных лимфатических узлов.

Рентгенологическое исследование показывает расширение суставной щели коленного сустава.

С диагностической целью под местной анестезией применяют пункцию сустава, с помощью которой определяют характер выпота (серозно – фиброзный, гнойный, геморрагический). Манипуляцию выполняли с медиальной либо латеральной стороны на уровне верхнего полюса надколенника.

Лечение в 86,3% случаев было консервативным. Метод внутритканевого введения антибиотиков и мелоксикама основан на принципе электроэлиминации лекарственных средств и благоприятном влиянии электрического поля постоянного тока (гальванического) на воспалительный очаг в виде ускорения процессов рассасывания инфильтративных явлений в тканях. Антибиотики вводили в суточной дозировке в зависимости от чувствительности микрофлоры и переносимости больного. Мелоксикам вводили в дозе до 7 лет 0.5 – 0.75 мл, 8 – 10 лет 0.75 – 1.0 мл, 11 – 15 лет 1.0 – 1.5 мл, один раз в сутки в середине дня внутримышечно.

Резолюция симптомов наступала в течении 2 – 4 дней. Повторные эпизоды болезни отмечены у 3 детей. Причем рецидивы протекали как правило подострее, чем первые эпизоды артрита.

Вывод: Комплексное лечение с применением внутритканевого введения мелоксикама и антибиотиков у больных артритом коленного сустава оказалось достаточно эффективным.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Яхшимуратов С.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лечение остеомиелита является актуальной проблемой хирургии детского возраста. Выбор метода лечения при острой и хронической формах остеомиелита остается спорным. Наличие синдрома системного воспалительного ответа является важным признаком, свидетельствующим о возможности перехода воспалительного процесса в более тяжелые формы, которые требуют адекватных мер по лечению.

Цель исследования: Дать сравнительную характеристику методов лечения остеомиелита у детей.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии 2 – ГДХКБ за период с 2008 – 2018 год находились 266 ребенка в возрасте от 1 месяца до 16 лет. Из них мальчиков было – 163 (61%), девочек – 103 (39%). Явления ОГО наблюдали у 116 (43,6%), эпифизарный 29 (11%), хронический 121 (44,3%), посттравматический 3 (1,1%). Всем больным было проведено рентгенологическое обследование, а также КТ и МРТ. На КТ лучше визуализировались изменения костной структуры, которые во всех случаях были подтверждены данными операций. На МРТ лучше визуализировались мягкотканые структуры и изменения в близлежащих суставах.

Результаты: Эпифизарную консервативно пункционную терапию разрешили у 29 больных. Из них 7 (24,2%) детям вставлены микроиригаторы для санации и введения антибиотиков в суставы. При ОГО оперативное вмешательство потребовалось 116

пациентам: Остеоперфорацию выполнили 97 (83,6), вскрытие остеомиелитической флегмоны 19 (16,4%). На стационарное лечение поступили 118 (44,3%) с обострением хронической формы остеомиелита. Из них 89 проведён традиционный курс консервативной противорецидивной терапии. 30 – ти пациентам выполнили фистулонекроэктомию в сочетании с десенсибилизирующей терапией в пред – и послеоперационном периоде.

Анализ клинического материала показывает, что часто необходимость проведения дифференциальной диагностики, индивидуальный подбор методов лечения для каждой клинической формы остеомиелита своевременное санационное дренирование позволяют уменьшить процент осложнений.

Выводы: Только активная своевременная комплексная терапия с включением пункционной терапии при эпифизарном остеомиелите, своевременная остеоперфорация при ОГО - е в интрамедуллярной фазе воспаления способствует клиническому улучшению и является оптимальным выбором метода лечения.

СОДЕРЖАНИЕ

I РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ

БОЛАЛАР УРОЛОГИЯСИДА ЯНГИ ДАВР – ЭНДОУРОЛОГИЯ Алимов М.М., Алимова З.Қ., Абдуллаева Ш.З., Шониятов Э.П., Норов М.М.....	3
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ Арипова Н.У., Матмуратов С.К.	3
ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.....	4
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.....	5
РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ Ахмедов Р.Б.	6
ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ТУГУНЛИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ Бабажанов А.С, Ахмедов А.И, Махмудов С.Б.	7
АНАЛИЗЫ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ Бабажанов А.С, Тоиров А.С, Ахмедов А.И.	7
THE EFFECTIVENESS OF THE DEVELOPED PROGRAM FOR LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY Berkinov U.B., Sattarov O.T.	8
ПОЛИЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В ХИРУРГИИ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ Калиш Ю.И., Бабаджанов А.Р.	9
ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ БОЛАЛАРДА УТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИДАГИ ДИАГНОСТИК ВА ДАВОЛАШДАГИ РОЛИ Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И., Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.	10
АБДОМИНАЛ ХИРУРГИЯДА МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И., Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.	11
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И., Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.	12
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ Кучкаров О.	12

ВЫБОР ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ	
Кучкаров О.О.	14
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	
Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О. ¹ , Хаджибаев Ж.А. ¹ , Шагазатов Д.Б. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ² , Умаров З.З. ²	15
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	
Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.	17
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	
Матризаев Т.Ж.	17
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА И ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА	
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Сагираев Н.Ж., Самиев М.Б.	18
СЛУЧАЙ УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Махмудов А.Х., Хужамурадов Б.Р., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б.	19
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ	
Махмудов Н.И., Юсупов Р.Т., Шерматов Р.М.	20
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Медведев А.П., Максимов А.Л., Вапаев К.Б.	21
ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ	
Назирова Ф.Г. ¹ , Низамходжаев З.М. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О. ¹ , Шагазатов Д.Б. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ²	22
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА	
Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.	23
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ	
Низамходжаев З.М. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О., Шагазатов Д.Б. ¹ , Хаджибаев Ж.А. ¹ , Файзуллаев О.А. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ²	26
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.	27
ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОХИРУРГИК ДАВОЛАШ	
Отмуротов Б.Ш. Алланазаров А.Х.	28

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	
Раупов Ф.С., Кодиров У.С., Косимов У.У., Гойибов Ж.Б., Мехриддинов М.К.	29
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИ ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Раупов Ф.С., Аслонов А.А., Мехриддинов М.К., Косимов У.У., Кодиров У.С.	30
ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА	
Рахимий Ш.У.	30
ПОКАЗАНИЯ К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Сапаев Д.А. Сабиров А.К.	31
ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	
Сапаев Д.А. Сабиров А.К. Абдуллаев Д.С.	32
МОДИФИКАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОМ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	
Топузов Р.Э., Круглов А.Н.	33
РОЛЬ ЭВЛК ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Тухтаев Ж.К., Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Алимов Ж.И.	34
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
Уроков Ш.Т. Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Болтаев Н.Р. ...	35
РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ	
Уроков Ш.Т. Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Бурунов Ш.У.	35
ТАКТИКА ПЕРФОРАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
Хажиев С.О.	36
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ «ТРУДНЫХ» ЯЗВ ЖЕЛУДКА	
Хахимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К.	37
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	
Хахимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т.	37
SURGICAL TECHNIQUES IMPROVEMENT IN DIASTASIS RECTI ELIMINATION	
Khakimov M.Sh., Berkinov U.B., Sattarov O.T., Kholmatov Sh.T.	39
РОЛЬ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Хахимов М.Ш., Хайтбаев С.К.	40

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРУБНОЙ БЕСПЛОДИЙ МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	
Хакимов О.С., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.	40
СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ: ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ	
Худайназаров У.Р., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И.	41
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
Эгамов Ю.С. ¹ , Кадиров Ш.Н. ¹ , Эгамов Б.Ю. ² , Худайбергенов П.К. ³	42
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	
Юлдашев Ф.Ш., Бабажанов А.С., Худайназаров У.Р., Ахмедов Г.К.	43
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	
Юсупова М.А., Исмаилова Д.У.	44
ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	
Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И., Валиев А.С., Усманов Б.С.	44
ROBOT DA VINCI IN SURGERY	
Yangibaev Z., Batirov D.Yu., Rakhimov A.P., Yusupov D.D.	45
ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ 12 БАРМОҚ ИЧАК КАТТА СЎРҒИЧИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШИНИ ДАВОЛАШ	
Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.	46
II РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ	
АСОРАТЛАНГАН НООПЕРАБЕЛ БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОННИ ДАВОЛАШДА КРИОТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ	
Абдуллаева Н.Э.	48
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	
Абрайкулов И.Р., Махмудов А.Х., Менглиев А.Т., Бекмирзаев У.О.	48
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	
Абдуллаев Я.П. ¹ , Манатов М.Г. ¹ , Галеев Ш.И. ² , Рубцов М.А. ³	49
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ	
Акопджанов Н.С., Юсупова Р.Т., Кузибоева М.М., Махмудов Н.И.	50
ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Арипова Н.У., Матмуратов С.К.	51
O'SMA GENEZLI O'TKIR OBTURATSION YO'G'ON ICHAK TUTILISHINING KEKSA YOSH DAGI BEMORLARDA XIRURGIK DAVOLASH	
Aripova N.U., Israilov B.N., Otamuratov M.R., Niyazmatov B.R.	52

ПРИМЕНЕНИЕ СО2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	
Бабаджанов Х.Р., Юсупова Ш.А.	53
АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ	
Бакиев Б.К., Атаджанов М.Х.	54
РЕЗУЛЬТАТЫ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА	
Бакиев Б.К., Наврузов Д.К.	55
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТКАНИ МЕНИСКОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ	
Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.	56
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ	
Гиясов Х.Р., Фаттаев Р.Ф., Атамуратов С.Р., Рузибаев А.Р.,	57
БОЛАЛАРДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИ РОЛИ	
Бердиев Э.А.	58
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	
Гиясов Х.Р., Матназаров Э.Н., Нурмедов Ф.А. Рузибаев А.Р.,	59
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ	
Джуманязов С.С.	60
ГИСТЕРОРЕКТОСКОПИЯ	
Джуманязов С.С.	60
К ПРОБЛЕМЕ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х.	61
РОЛЬ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СИСТЕМНЫХ ПАНКРЕАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х.	63
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ	
Ибраимова Н.П.	64
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
Кодиров Ф.У.	65
ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ	
Курязов О.И., Тухтаев С.Н., Хамраева Л.С.	66
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	
Лигаев Р.Е. ¹ , Струсский Л.П. ¹ , Джуманязов Д.А. ¹ , Хаджибаев Ж.А. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ² , Рузметов Б.А. ²	67

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Менглиев А.Т, Абрайкулов И.Р	68
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С	68
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА	
Наврззов Б. С., Маткаримов С.Р., Отамуратов Б. Ш. Алланазаров А.Х.....	69
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	
Назаров А.К., Каландаров И.А., Саьдуллаев У.О., Тангриберганов К., Напасов С.С.	70
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
Назаров А.К., Каландаров И.А., Тангриберганов К., Напасов С.С.	71
АНАЛИЗ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.	72
ИЗУЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА	
Низамходжаев З.М. ¹ , Струсский Л.П. ¹ , Джуманиязов Д.А. ¹ , Цой А.О. ¹ , Омонов Р.Р. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Бабажанов К.Б. ²	73
ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ NITINOL СТЕНТАМИ	
Низамходжаев З.М. ¹ , Джуманиязов Ж.А. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ²	74
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ	
Нурматов С.Т, Шукуруллоев О.Г, Холов Х.А, Нурметов С.Т.	75
НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ ВА КРОН КАСАЛЛИГИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА НУР ТАШХИСИ УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ	
Отамуратов Б.Ш., Исраилов Б.Н., Мирзахмедов М.М., Боймуратов А.А.	76
РАЗРАБОТКА НОВГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ РАНЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	
Плисс М.М., Плисс М.Г.,	76
ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМА ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЛУКОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИНОАЗАЛЬНЫМ ПОЛИПОЗОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	
Сабилов Ф. М.	77
OLFACTORY BULB VOLUME CHANGES IN PATIENTS WITH SINONASAL POLYPOSIS: A MAGNETIC RESONANCE IMAGING STUDY	
Sabirov F.M.	78
РОЛЬ ТРАНСФОРМАЦИОННОЙ ЭХОПЕЛОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕЩАТЕЛЬСТВУ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ У ДЕТЕЙ	
Сапаев О.К.	78

КЛИНИЧЕСКИЕ И МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ	
Сапаев О.К.	79
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	
Струсский Л.П. ¹ , Джуманиязов Д.А. ¹ , Омонов Р.Р. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ² , Рузметов Б.А. ²	80
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА	
Струсский Л.П. ¹ , Низамходжаев З.М. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О. ¹ , Нигматуллин Э.И. Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ² , Умаров З.З. ²	81
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОФТАЛЬМИТА И РЕТИНОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ	
Тухтаев С.Н., Курязов О.И., Хамраева Л.С.	82
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	
Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Хударганов Х.Р., Жуманиязов Н.К.	83
АЛГОРИТМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ	
Хажиев С.О.	84
ВЛИЯНИЕ МОНОАММОНИЙНОЙ СОЛИ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У КРЫС	
Хаитбаева Г.Б.	84
ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.	85
ШЕЙВЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ МОРЦЕЛЯЦИИ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ	
Юсупова М.А.	86
ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ГЛОБАЛЬНАЯ АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ	
Юсупова М.А., Ходжаева З.К.	87
ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ	
Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И. Акопджанов Н.С.	88
III РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	
НИФЕКАРД ПРЕПАРАТИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА САМАРАДОРЛИГИ	
Абдуллаев Р.Б.	90
АМЛАДИПИН ПРЕПАРАТИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА САМАРАДОРЛИГИ	
Абдуллаев Р.Б., Ахмедова Н.Ш.	90
АНТИОКСИДАНТ ФЕРМЕНТЛАР ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ	
Аллаберганов М.Ю.	91

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Аминбоев Н., Машарипова Р.Т	92
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.	93
ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С., Алимова М.М.	93
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БЕЗ АНТИАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	
Атажанова Н. М.	94
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	
Ахмедов М.Э., Рустамова Х.Е.	95
МИЕЛОМ КАСАЛЛИГИДА ПЛАЗМАФЕРЕЗНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ	
Болтоева Ф.Г. Машарипова И.Ю.	96
ЭТИОЛОГИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ	
Джуманиязова Г.М.	97
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У МАЛО- И МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ	
Джуманиязова Г.М.	98
ШИЛЛИҚ ҚАВАТ БАРЬЕРИ БУЗУЛИШЛАРИНИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ КОРРЕКЦИЯШ	
Исмоилов С.Р., Аллаберганов М.Ю., Курбонниёзова Ю.А., Рахимова Г.О.	99
IMPACT OF ANTAGONISTS OF MINERALOCORTICOID RECEPTOR IN TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE	
Islomov I.I., Ismoilov S.R., Yuldashev O.S.	99
HEART RHYTHM DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ON THE BACKGROUND OF INTEGRATED TREATMENT WITH ALDOSTERON ANTAGONISTS	
Islomov I. I., Karimova D.Sh., Bekchanova Yu. X.	100
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АЛИМЕНТАРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У КРЫС С ОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ	
Кувондилов Д.А., Кодиров И.Р., Рустамов И.Х.	101
РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ГЕПАТОЦИТОВ	
Курбанова Н.Н., Хушбактова З. А., Алимова М.М.	102
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ	
Курбанова Н.Н., Хушбактова З. А., Алимова М.М.	102
ТАЖРИБАЛАРДА АЙРИМ ФЕНИЛГЛИОКСИЛ КИСЛОТА УНУМИ ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ МЕЪДА ЯРАСИГА ТАЪСИРИ	
Қаландарова У.А., Аллаберганов М.Ю., Сапаева Ш.Т., Ражабова Ж.И., Дусчанова Р.Й.	103
АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ	
Матмуротова С.О., Палвонов Т.М.	104

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА	105
Махмудов Н.И., Сайдахмедов И.О, Юсупова Р.Т.	105
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКОЗА	
Машарипова И.Ю.	106
ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ	
Машарипова Ш.С.	106
РОЛЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ В ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Машарипова Ю.К.	107
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПРЕПАРАТОМИ КАЛЬЦИЯ	
Мирзаева Д.А.	108
ДИАГНОСТИКУМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ	
Назарова М.Б.	109
МЕТИЛУРАЦИЛ, ГЛИЦИРАМ ВА БЕНЗКЕТАЗОН: ТАЖРИБАВИЙ ЯРА КАСАЛЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	
Омонова Г.С., Аллаберганов М.Ю., Каримова Д.Ш., Бекчанова Ю.Х., Ахмедова Н.М.	110
СТРУКТУРНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ С677Т В ГЕНЕ 5,10-МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Ражабова Н.Т.	111
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У КРЫС С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ	
Рахманов А.Х., Аллаева М.Ж., Хакимова Д.З.	111
ROLE OF CYTOKINES IN A PATHOGENY OF AUTOIMMUNE HEMOLITIC ANEMIA	
Rakhmanova U.U.	112
ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПОРОЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ С КАЛЬЦИЙ ДЗ НИКОМЕДОМ	
Рузибаев Р.Ю., Оллаберганов М.И.	113
ПОКАЗАТЕЛИ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ	
Салаева З.Ш.	115
КОНСТРУИРОВАНИЕ ИНФОРМАТИВНОГО ДИАГНОСТИКУМА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ	
Салаева З.Ш.	116
КЎКЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБАРАТОР ТАХЛИЛЛАР	
Султонов Р.К., Шодиева Н.Д., Юсупов С.К.	117
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА	
Файзуллаев Б.Р., Хажиев С.О.	118

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ЦЕФОТАКСИМНИНГ АНТИБАКТЕРИАЛ ВА НЕФРОТОКСИК ТАЪСИРИНИ АНИҚЛАШ	
Хайтбоев Ж.А., Бекматова Ш.К.	118
НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ АХОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ДИГИРИВ ПРЕПАРАТНИНГ УШБУ КАСАЛЛИҚДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ	
Хамидова Г.С.	119
ASPECTS OF KLINIKO-IMMUNOLOGIC OF DATA AT A B-THALASSEMIA	
Shamsutdinova M.I., Rakhmanova U.U.	120
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Эшбоева К.У., Стожарова Н.К., Муяссарова М.М., Рустамова М.А.	121
ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ХЛОПКОВОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО АРТРИТА ИНДУЦИРОВАННОГО ДЕКСТРАНОМ	
Юлдашев Ж.И.	121
ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШИДА РАНИСАН ДОРИСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	
Юлдашева С.Х., Хамидова Г.С.	122
ПРОФИЛАКТИКА НЕЙРОЛЕЙКОЗА	
Якубова А.Б.	123
IV РАЗДЕЛ: РАЗНЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА	
Абасния С.Р.	124
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Абдуллаев Б.П.	124
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ	
Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.	125
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ФЛОТИРУЮЩЕГО ТРОМБА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.	127
КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	
Абдуллаев Р.К., Каримов Р.О.	127
CHOOSING OPTIMAL CHEMOTHERAPY REGIMENS IN ADVANCED NON-SQUAMOUS NON-SMALL CELL LUNG CANCER	
Abdullaeva N.	128
ПЛАСТИКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И РАННЕ-ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	
Абдурахманов З.М., Емец И.Н.	129

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	
Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Абдурахманов Ш.М., Кулдашев Г.Н.	130
АСПИРАЦИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ У ДЕТЕЙ	
Авазметов Ж.Э.	130
ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОРХОЭПИДИМИТОМ	
Авазметов Ж.Э.	132
СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	
Авазметов Ж.Э.	133
ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У ДЕТЕЙ	
Авазметов Ж.Э.	134
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	
Авезов А.У., Айтимова Г.Ю.	134
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОМЕТАЗОНАФУРОАТА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ ЭТМОИДИТОВ	
Авезов М.И., Бабажанов Х., Собиров С.С., Ходжаниязов А.А.	135
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА	
Авезов М.И., Бабажанов Х., Собиров С.С.	136
XVIII АСР ХОРАЗМ АДАБИЙ МУҲИТИ	
Адамбаева Н.К.	137
МОРФОГЕНЕЗ СЕМЕННИКОВ ПОТОМСТВА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОИДИЗМЕ У МАТЕРИ	
Азизова Ф.Х., Мадаминова Г.И., Ишанджанова С.Х., Джуманиязова Г.С.	138
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ СКАНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА МОЗГА	
Айтимова Г.Ю.	138
СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	
Айтимова Г.Ю.,	139
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТАТУС ЖЕЛЕЗА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ	
Алиева П.Р.	140
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТА В УСЛОВИЯХ СП	
Алимов А.К., Менглиева Б.Б., Самандарова Б.С.	141
ҚОВУҚ-ПЕШОБ НАЙИ РЕФЛЮКСИНИ ЭНДОПЛАСТИКА УСУЛИДА ДАВОЛАШ	
Алимова З.Қ., Алимов М.М., Якубов Э.А., Бўриева Н.М., Собиров Э.А.	142
СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ	
Алимухамедова М.Р., Шарипова И.С.	143

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
Алляярова С.Д., Машарипова Ю.К.	144
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	
Алляярова С.Д., Машарипова Ю.К.	144
ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	
Алляярова С.Д., Юсупова М.А.	145
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Атажанов Х.П.	146
IMPORTANCE OF ARTHROSCOPY IN THE ENTHESOPATHIES OF THE POPSITAEAL MUSCLE	
Atajanov M.Kh., Ollaberganov M.I.	147
МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	
Атажанова Ш.Р., Рузметова С.У.	148
НИЗКОДОЗИРОВАННАЯ СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	
Аташев А.Р.	149
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	
Аташев А.Р.	150
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Ахмедов Р.Б.	151
НАРУШЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Ахмедова М.М., Расулова Н.А., Ирбутаева Л.Т.	152
ЛЕПТИН ГОРМОНИ ВА РЕПРОДУКЦИЯ МУАММОЛАРИ 153	
Ахмедова Ф., Ахмедова З.	153
ЛЕПТИН ВА РЕПРОДУКЦИЯ 153	
Ахмедова Ф., Ахмедова З.	154
ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	
Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов К.Б., Умаров З.З.	155
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ	
Бабаджанова У.Б.	156
COMMUNICATION SKILLS FOR MEDICAL STUDENTS	
Babadjanova U.B.	156
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА	
Бабажанов Н.М., Абдуллаев Р.Қ.	157

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	
Бабажанов Н.М, Абдуллаев Р.К.	158
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РИНОСИНУСИТОВ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ	
Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.,	158
ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ	
Батиров А.Р., Назаров К.Д., Ганиев А.Г.	159
ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ДЕКАСАН ПРЕПАРАТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	
Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Рахимов А.П., Тажиев С.З.	160
ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИДА ОҒРИҚ ХУРУЖИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШДА ОКСИТЕН ПРЕПАРАТИНИНГ АҲАМИЯТИ	
Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Рахимов А.П., Тажиев С.З.	161
ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛ ЗАВИСИМЫЕ КАЛЬЦЕВЫЕ КАНАЛЫ НА ТЕЧЕНИЕ ПРОЛЕФЕРАТИВНОЕ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ	
Бекова Н.Б.	162
ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
Бекчанова Б.Б.	163
АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН КИЧИК ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ПЕРИНАТАЛ ДАВРДАГИ ҲАВФ ОМИЛЛАРИ	
Бекчанова Б.Б.	163
BIOLOGIK TA'LIM JARAYONIDA SOG'LOM TURMUSH TARZI KO'NIKMAALARINI TARKIB TOPTIRISH TIZIMI	
Bekchonova M.F., Teshajonova M.M.	164
ВИТАМИННЫЙ СТАТУС СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ОЦЕНКА ПО ДАННЫМ О ПОСТУПЛЕНИИ ВИТАМИНОВ С ПИЩЕЙ И ИХ УРОВНЮ В КРОВИ	
Бекчанова М.Р., Султанов А.И.	165
2014 ВА 2015 ЙИЛЛАРДА ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА БЮДЖЕТ МАБЛАҒЛАРИ ҲИСОБИДАН СОТИБ ОЛИНГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ ФАРМАКОЭКОНОМИК ТАҲЛИЛИ	
Бекчанова Ю.Ҳ., Исмоилов С.Р.	166
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	
Бердиев Э.А.	167
БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ	
Бердиев Э.А.	168
КЛИНИКО - НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	
Бобожанов У.А.	169

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
Ганиев А.Г., Батиров А.Р., Назаров К.Д.	170
КРАТКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В ЛАТИНСКОМ, УЗБЕКСКОМ И НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКАХ	
Гаппарова Д.А.	171
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УЧЕТ ИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ	
Гаппарова Д.А.	172
ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ	
Джуманиязова Г.М.	173
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ИММУНИТЕТА	
Джуманиязова Г.М.	174
ЦЕЛЕБНЫЕ СВОЙСТВА ВИНОГРАДА	
Джуманиязова З.Ф., Абидов Ф.А.	175
КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ РАСТИТЕЛЬНЫМИ СБОРАМИ ФИЛИПИЛ И ТРИБУЛИПИЛ	
Джуманиязова Н.С., Разикова И.С.	176
СПЕЦИФИКА ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Дзугаева З.Р.	177
ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	
Дусчанова З.А.	178
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО АБОРТОВ	
Дусчанова З.А.	179
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛИНКОБАЛ ПРИ ДОРСАЛГИЯХ	
Жаббаров М.Т.	180
ХРОМОСОМА БУЗИЛИШЛАРИ – ИНСОН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ САБАБЧИСИ	
Жабборова О.И.	181
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР 20% К.С НА ПОСЕВАХ ПЩЕНИЦЫ	
Жумаева А.А., Касимов Х.О.	182
АДЕНОВИРУСЛИ КОНЪЮНКТИВИТЛАР НАТИЖАСИДА РИВОЖЛАНГАН «ҚУРУҚ КЎЗ» СИНДРОМИНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	
Жуманиёзова Н.Ш.	183
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АДЕНОВИРУСЛИ ОФТАЛЬМОИНФЕКЦИЯ ОҚИБАТИДА РИВОЖЛАНГАН «ҚУРУҚ КЎЗ» СИНДРОМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ДИАГНОСТИКАСИ	
Жуманиёзова Н.Ш., Ахмедов Р.Б.	184

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ҲАВОТИР ВА ДЕПРЕССИЯ ДАРАЖАСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЙАСИ	
Ибодуллаев.Б.Б.	185
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПАРАЗИТАРНЫМИ ИНВАЗИЯМИ	
Ибраимова Х.Р.	186
EPIDEMIOLOGY OF PARASITIC DISEASES	
Ibrakhimova Kh.R.,	187
ПАРАЗИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ И РЕИНВАЗИИ У ДЕТЕЙ	
Ибраимова Х.Р.	187
ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ	
Изюмова Г.А.....	188
КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ	
Икрамова Х.С.	189
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ	
Икрамова Х.С.	190
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	
Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А, Шарипов Р.Х.	191
ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕННОГО ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	
Исмоилова З., Бекчанов Б.Г.	192
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ВУЗОВ	
Каримбаев Ш.Д., Рустамова Х.Е., Разикова А.А., Мусаев К.О.....	193
ВРОЖДЁННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ У ДЕТЕЙ	
Каримов Р.О, Абдуллаев Р.К.,	193
УРОВЕНЬ ПРОВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ И КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ	
Каримова М.Х., Юсупов А.Ф., Абдуллаева С.И., Закирходжаева М.А.	194
ПСИХОСОЦИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ПАТОЛОГИЯХ	
Сафарбаев Б.Б.....	195
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	
Киличев И.А., Матмуродов Р.Ж., Мирзаева Н.С.....	196
ЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Киличева Т.А., Мадрахимов П.М.....	196
БОЛАЛАРДА УТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ МУАММОЛАРИ	
Кобилов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И., Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.	197

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	
Кобиллов Э.Э., Гайбуллаева Ф.И., Мардонова М.Э., Тухтаев М.К., Урунова М.А., Арифжанова Ф.В.	198
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ СО СТИМУЛЯЦИЕЙ РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ	
Кобиллов Э.Э., Ёрмухамедова Н.Н., Халилова Н.М., Гайбуллаева Ф.И., Марданова М.Э., Тухтаев М.К., Курбанова Ф.	199
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ	
Кодиров А., Машарипова Р.Т.	199
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
Кодиров Ф.У., Ашрапов А.Б.	200
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В ВЫРАЩИВАНИИ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В ТЕПЛИЧНЫХ ХОЗЯЙСТВАХ	
Косимов Х.О., Нуриллоева Ш.Н.	201
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНАХ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДОВ	
Курамбаев Я.Б., Юсупов С.К.	201
ОСОБЕННОСТИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕКРЕЦИИ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕННОЙ ГАЗОВОЙ СРЕДЫ	
Курамбаев Я.Б., Юсупов С.К., Эргашев М.	202
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР	
Курбаниязова М.З., Эркинбаева Д.Э.	202
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	
Курбанов М.И.	203
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ	
Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабадажанов К.Б.	204
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	
Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Умаров З.З.	205
FORENSIC MEDICAL FEATURES OF STRANGULATION ASPHYXIA IN HANGED ELDERLY PEOPLE	
Qalandarov J.Q., Abdullaev U.R.	206
FORENSIC MEDICAL EVALUATION OF PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF MYOCARDIUM IN STAB WOUNDS	
Qalandarov J.Q., Avezov A.U.	207
DETERMINATION OF HAPTOGLOBIN PHENOTYPE IN SOME LIVER DISEASES	
Qalandarov J.Q.	207

БОЛАЛАРНИНГ ЁШИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ХИЛМА-ХИЛЛИГИ Қиличева.Т.А.....	208
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ Латыпов Д.А., Исматуллаева Г.Х., Пардаев Э.С.	209
ИЗУЧАТЬ ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СЕМЕННИКОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА У МАТЕРИ Мадаминава Г.И.....	209
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ Мадримова А.Г.	210
СОСТОЯНИЕ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИЕЙ Мадримова А.Г., Сапаева Ш.А.....	211
ПЕРВЫЕ ШАГИ КАРДИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ Мадыев Р.З., Менглиев А.Т., Дияров Н.А., Долибаев А.С., Ибрагимов Т.Р.	212
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА БОШ МИЯ ИНСУЛЬТЛАРИ СТРУКТУРАСИ Матёкубов М.О.	212
ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРАСИДА ТАНА ВАЗНИНИНГ ОШИШИ САБАБЛАРИ Матмуротова С.О., Сатликов Р.К.....	213
КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА Матризаев Т.Ж.....	214
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ Матризаева Г.Дж.....	215
ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС Матризаева Г.Дж.....	216
GLOBALASHUV SHAROITI VA UNING PEDAGOGIK VA PSIXOLOGIK ASPEKTLARI Matchanova N.T.....	217
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ У ДЕТЕЙ Матякубова О.У., Артиков И.А.,Нурллаев Р.Р.	219
АКУШЕРЛИКДА МАССИВ ҚОН КЕТИШИДА ТОТАЛ ВА СУБТОТАЛ ГИСТЕРЭКТОМИЯ Матякубов Б.Б.	220
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Хонов С.Ш.,Райимов Б.С.....	220

ОҒИР ХОЛАТИДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ	
Махмудов Н.И., Юсупов Р.Т., Шерматов Р.М.	221
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ	
Махмудов Н.И., Юсупова Р.Т., Мемджанова А.Н.	222
ТКАНИ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ УЗЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Махмудов С.Б., Бабажанов А.С., Ахмедов А.И.	223
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ И ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТАНАТОГЕНЕЗ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	
Машарипов А.С.	224
ОСОБЕННОСТИ И СЛОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ	
Машарипов А.С., Джуманиязова И.Б.	225
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ	
Машарипов А.С., Джуманиязова И.Б.	227
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ВЫЯВЛЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
Машарипова Р.Т.	229
ИЗУЧЕНИЕ ВИТАМИННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Машарипова Р.Т.	229
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ	
Машарипова Р.Т.	230
ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ТАЪСИРИ	
Машарипова Р.Т.	231
ЭМИЗИКЛИ ОНАЛАРДА СУТ МИКРОЭЛЕМЕНТ СТАТУСНИНГ НУТРИЦИОН АСПЕКТЛАРИ ВА УНИНГ КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШДАГИ АҲАМИЯТИ	
Машарипова Р.Т.	232
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Машарипова Х.К.	233
ТЕЧЕНИЕ КЛИНИКЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ	
Машарипова Ш.С.	234
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В ГОРОДЕ УРГЕНЧ	
Машарипова Ш.С.	235
ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	
Машарипова Ш.С.	235

ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ Машарипова Ш.С.....	236
ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИК ЯРАТИШ ВА УНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ Мехмонов М.С., Рахимов Б.С., Атаджанова З.Ю.	237
РЕФРАКЦИОН АМБЛИОПИЯНИ ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН ЭКСИМЕРЛАЗЕРЛИ КОРРЕКЦИЯ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ Мубаракова К.А., Муханов Ш.А.	238
ТРАНСЭПИТЕЛИАЛ ФОТОРЕФРАКТИВ КЕРАТЭКТОМИЯДАН СЎНГ ШОХПАРДА ХЕЙЗИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ МАҚСАДИДА ҚУРУҚ КЎЗ СИНДРОМИНИ КОНСЕРВАНТСИЗ ДАВОСИ Муханов Ш.А., Мубаракова К.А.	239
ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ 16 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ Наврұзов Д.К.	239
ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ИХ ОСОБЕННОСТИ Наврұзов Д.К.	240
СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ Назаров К.Д.	241
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЕГЕТО- СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Батиров А.Р.,.....	241
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА « ИНФАСУРФ» У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЛЕГКИХ Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р.....	242
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Батиров А.Р.....	243
РАЗРАБОТКА АНКЕТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЕР О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Нуралиева Н.Б.	244
ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИ МАРКЕТИНГ ХИЗМАТИДА МАСЪУЛ ШАХСЛАРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ Олимова Д.Ш.	244
EKOLOGIK ONG VA MADANIYATNI SHAKILLANTIRISH Olimova D.Sh., Matchanova N.T.	246
ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ РОЛИ Отажанов Ш.З.	247
ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КЕЧИШИ Отажанов Ш.З.	248

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА АДЕНОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КЕЧИШИ	
Отажанов Ш.З.	249
ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ	
Отажанов Ш.З.	249
ОБУЧЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
Раджапова Д.Д.	250
LEARNING MEDICAL ENGLISH: A PREREQUISITE FOR SUCCESSFUL ACADEMIC AND PROFESSIONAL EDUCATION	
Radjarova D.D.	251
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	
Ражабова Н.Т.	251
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ	
Расулов А.С., Расулова Н.А, Ирбутаева Л.Т., Ахмедова М.М.	252
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА И КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА	
Расулова Н.А., Расулов А.С., Шарипов Р.Х.	253
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НОСА	
Рахимов А.А.	254
СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНОЙ ПОЛОСТИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	
Рахимов И.Р., Ходжаниязов А.А.	255
EFFECTIVENESS OF USING QARS AS DIFFERENTIATED INSTRUCTION IN ESP CLASSES	
Rakhimova Sh.A.	256
АНАЛИЗ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ОСНОВА ПРОГНОЗА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	
Рахманова Д.С.	256
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРО- И МАКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ХОРЕЗМСКИХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОМ СОСТОЯНИИ	
Рахманова Д.С.	257
ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА УРГЕНЧ	
Рахманова С.С., Казаков Х.А.	259
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА	
Рахметова М.Р.	260
РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА	
Рахметова М.Р.	261

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш.	262
УЛУЧШЕННЫЙ ЭФФЕКТ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	
Рузиев А.Э., Рузиев А.А.	262
ОМФАЛОЦЕЛЕ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЙЎЛДОШ НУҚСОНЛАРНИ УЧРАШИ	
Рўзматов И.Б.	263
ОМФАЛОЦЕЛЕНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	
Рўзматов И.Б.	264
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	
Рузматов П.Ю. Умаров З.З.	265
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ АКУШЕРСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	
Рузматов П.Ю., Умаров З.З., Рузметов Б.А.	265
ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ	
Рўзметов У.А., Авезов А.Ў.	266
ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	
Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.	267
СОННИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	
Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Исмаилова М.О.	268
ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК	
Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Атаджанова Ш.Р.	268
СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	
Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б., Исмаилова М.О.	269
O'SMA KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDAGI TROMBOEMBOLIK ASORATLAR	
Ro'zmetov U.A., Avezov A.U.	270
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗ	
Рузметова Ш.Д., Тожибаева Д.М. Ахмедов Р.Б.	271
ANALYSES OF RESULTS OF TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULA WITH SPHINCTEROPLASTY AND FISTULECTOMY IN DIFFERENT PATIENT GROUPS	
Rustamov A.E., Eshmurodova D.B., Eshmurodov Sh.A.	272
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ	
Рустамова Х.Е., Булешов М.А., Алипбекова С.Н.	272
БОЛАЛАРДА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛАРНИ ПЛАСТИК ЖАРРОХЛИГИДА КОМБИНАЦИЯЛАНГАН АНЕСТЕЗИЯСИ	
Сабиров У.С.	273

ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ	
Сабиров У.С.	274
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖДА	
Салаева З.Ш.	275
БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ	
Салаева З.Ш.	276
БОЛАЛАР ОРАСИДА АНЕМИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИДАГИ ТИББИЙ – ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ	
Салаева З.Ш.	276
АССОЦИАЦИЯ ЖЕЛЕЗА С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМ ГРУДНОГО МОЛОКА-ВОЗМОЖНОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ ВЫСОКОЙ БИОУСВОЯЕМОСТИ ЕГО ПРИ ЛАКТАЦИИ	
Салаева З.Ш.	277
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	
Сапаев Д.А., Бекчанов Х.Н., Рахимий Ш., Кучкаров О.,	278
STRUCTURAL ANALYSIS OF MEDICAL TERMS IN SPHERE DERMATOLOGY	
Sarayeva D.N.	280
БОЛАЛАРДА СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ	
Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.	280
РОЛЬ КРЕСТЦОВЫХ АРТЕРИЙ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	
Сапаева Ш.А., Бекберганова Ю.М.	281
CLINICAL ASPECTS OF THE ARTERIAL SUPPLY OF THE RECTUM	
Sarayeva Sh.A., Bekberganova Yu.M.	282
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА СТРУКТУРУ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТОВ	
Сапарбаева Н.Р.	282
DIAGNOSTICS AND TREATMENT BACTERIAL VAGINOSIS	
Saparbayeva N.R.	284
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ КАМЕДИ ФЕРУЛЫ АССАФЕТИДА	
Сафаева Ш.Т.	284
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ	
Собиров Д.Х.	285
БОЛАЛАРДА ХИРУРГИК АРАЛАШУВЛАРДА ПРОМЕДОЛ БИЛАН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШНИНГ АДЕКВАТЛИГИ	
Собиров Э.Ж.	286
ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ	
Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О.	287

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ	
Собиров Э.Ж.	288
ОСОБЕННОСТИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О.	289
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШДА МЕНЕЖЕР ҲАМШИРАЛАРНИНГ ЎРНИ	
Собирова С.Ж.	289
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЙКАХ	
Султанмуратова Г.У.	290
АНАТОМИЯ ФАНИНИ ТИББИЁТ ТАЛАБАЛАРИГА ЎРГАТИШДА ЛОТИН ТИЛИ ҚИЙИНЧИЛИКЛАРИ ВА УЛАРИНИ БАРТАРАФ ЭТИШ ЙЎЛЛАРИ	
Султонов Р.К., Шодиева Н.Д., Хонов А.Ш.	291
ИНГЛИЗ ТИЛИНИ ИНТЕНСИВ ЎҚИТИШ	
Таджиева Н.К.	291
INTERRELATIONS OF STYLISTICS AND RHETORIC	
Tadjieva N.K.	292
ОСОБЕННОСТИ ВИТРЕАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ТАМПОНАДЕ ВИТРЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СИЛИКОНОВЫМ МАСЛОМ В УСЛОВИЯХ АФАКИИ	
Ташмухамедов А.А., Бузруков Б.Т.	293
ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЯМКЕ ДИСКА ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	
Ташмухамедов А.А.	293
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	
Тулашев Х.А., Нурматов С.Т., Наврузов Б.С.	295
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ДО 3-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА	
Турамуратова М.Б.	296
ФАКТОРЫ РИСКА НЕДОНОШЕННОСТИ	
Турсункулова М.Э., Рустамова Х.Е.	296
ВНЕШНИЙ КОМПРЕССИОННО – ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ	
Тухтасинов Х.Т. Мухамадиев.А.Б. Махмудов Н.И.	297
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	
Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.	299
БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ	
Уразбаев А.А., О.С. Ражабов, Ж.Д. Уразбаев, Х.Р. Хударганов.	300
БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДЎНГЛАРАРО СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ	
Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Жуманиязов Н.Қ., Ражабов .О.С.	300

ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Уразбаев А.А. Тахиров Ж.М. Хударганов Х.Р.	301
МЕХАНИЧЕСКАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА Уроков Ш.Т., Ходжаев К.Ш., Абидов У.О., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Нурбобоев А.У.	302
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ Файзиева У. Р., Ашурова А.Ш.	303
ПОМОЩЬ ОЖОГОВЫЙ ШОК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Хажиев С.О.	304
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТРАЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ Хаитбаев С.К. Саъдуллаев А.Ф., Матмуратов Ш.Ш.	305
КОМБИНИРОВАННЫЕ СПОСОБЫ В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ Хаитбаев С.К., Аскарлов А.А., Юсупов Д.Д., Саъдуллаев А.Ф., Алланазаров А.Х., Ходжаниязов А.А.	306
ТАРҚАЛГАН СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРИНИНГ ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯДАН КЕЙИНГИ ХАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ Хаджимуратова М.Х.	307
ЛЕКСИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ЯЗЫКЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ПРОЗЫ ЭДГАРА ПО Халлиев Ж.	309
ИНГЛИЗ ТИЛИ ДАРСЛАРИДА КЎЧИРМА ГАПЛАРНИ ЎРГАТИШДА ЎЗБЕК ТИЛИ ГРАММАТИКАСИ БИЛАН ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ Халлиев Ж.И.	309
ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ Ходжаева З.К.	310
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ТРАНС-СКУЛОВОЙ И АНГУЛЯРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Ходжамуратов О.Ф.	311
АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕ ЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ОСТЕОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА Ходжамуратов О.Ф., Шухратова Ш.Ш.	311
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕФИЦИТОМ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОПАТОГЕННЫХ ЗОНАХ УЗБЕКИСТАНА С ВЫРАЖЕННОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА ОРГАНИЗМ Худайбергенов М.Р.	312

TALABALARNI IJODIY FIKRLASHGA YO‘NALTIRISHDA MUSTAQIL TA‘LIM JARAYONINING O‘RNI	
Xudayberganova N.Q.	314
“HARAKATLAR STRATEGIYASI” INING BOSH G‘OYASI YOSHLARDA SOG‘LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH MASALASIDIR	
Xudayberganova N.Q.	315
ХОРАЗМ ВОҲАСИ КУЛОЛЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИК АНЪАНА, УРФ ОДАТ ВА МАРОСИМЛАР	
Худайбергенов Х.С.	317
ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	
Худайкулова Г.К., Мўминова М.Т., Отажанов Ш.З.	317
ЁШЛАР МАЪНАВИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШДА ҲУҚУҚИЙ МАДАНИЯТНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ	
Хусаинова Г.Ш.	318
РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННИХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
Шаланкова О.Е., Хакимова Х.Р.	319
ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГЕСТОЗОМ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО	
Шаланкова О.Е., Хакимова Х.Р.	320
ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулов А.С.	321
METHODS OF TEACHING TERMINOLOGICAL VOCABULARY OF FIRST-YEAR STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES	
Shomuratova B.U.	322
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ТРАВМ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ	
Шукруллоев О.Г. Нурматов С.Т. Садыков Р.Р. Нурметов С.Т.	322
К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ВОСПАЛЕНИЯ	
Шукурлаев К.Ш.	323
ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Эгамов Ю.С. ¹ , Рузиев А.Э. ² , Хайдаров С.А. ¹	324
ВЫБОР ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА	
Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.	324
ТАЖРИБАВИЙ ЎТКИР ОСТЕОМИЕЛИТ МОДЕЛИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ИНФИЦИРЛОВЧИ АГЕНТЛАРНИ ТАНЛАШ	
Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.	325

ХОРАЗМДА ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИНИНГ ЭКОЛОГИК НОҚУЛАЙ ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА ФИБРОЗ КИСТОЗ МАСТОПАТИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ Юлдашев О.С.	327
ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ХЛОПКОВОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО АРТРИТА ИНДУЦИРОВАННОГО ДЕКСТРАНОМ Юлдашев Ж.И.	327
THE RELATIONSHIP OF THYROID PATHOLOGY AND FIBROCYSTIC BREAST IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE Yuldashev O.S., Tojibaeva D.M., Ruzmetova Sh.D.	328
КЎЗ ИНТРАВИТРЕАЛ БУШЛИГИГА АНГИОГЕНЕЗ ИНГИБИТОРИ ЮБОРИЛГАНДАН СЎНГ ЮЗАГА КЕЛГАН ТРАКЦИОН МАКУЛОПАТИЯ Юлдашева Н.М., Таджиева Ф.С., Ильясов Ш.Ш., Ишанходжаева Ф.Ш., Юлдашева М.М.	329
ХОРАЗМДА АЛОҚА ВОСИТАЛАРИ СИФАТИДА МИНОРАЛАРНИНГ ЖАМИЯТ ХАЁТИДАГИ ТУТГАН ЎРНИ ВА РОЛИ ТАРИХИ Юсупов И.С.	330
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЛИСТНО-ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ Юсупов Ш.Р. Ибраимова Х.Р.	330
ФОСФОЛИПИДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ И ВГС У ДЕТЕЙ Юсупов Ш.Р., Отажанов Ш.З., Нурллаев Р.Р.	331
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Юсупова З.К.	332
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК АНЕСТЕЗИИ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Юсупова З.К.	333
КОКЦИГОДИНИЯ Юсупова И.А.	333
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Юсупова И.А.	334
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКЕ Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И., Шерматов Р.М.	335
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА Юсупова Р.Т., Туранова Н.М., Махмудов Н.И.,	336
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ Юсупов Ш. Р., Аскарлова Р.И.	336
БОЛАЛАРДА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КИСТОЗ КЕНГАЙИШИ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ ҚИЙИНЧИЛИКЛАР Якубов Э.А., Нарметов А.Б., Аббосхонов К.Н., Рахимов М.Ш.	338

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ГОНИТА У ДЕТЕЙ Яхшимуратов С.Ш.....	339
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ Яхшимуратов С.Ш.....	340