

Sog'liqni saqlash
vazirligi



Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi



Innovatsion rivojlanish
vazirligi



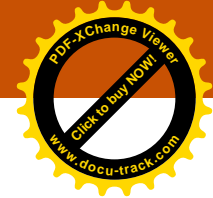
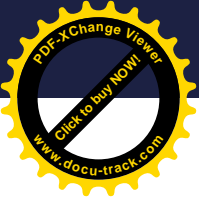
Andijon davlat
tibbiyot instituti



TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARIGA INNOVATSION YONDASHUV 2022

**RESPUBLIKA VA XALQARO
YOSH OLIMLAR ILMIIY-AMALIIY
KONFERENSIYASI
MATERIALLARI**

2022
12-MAY
ANDIJON

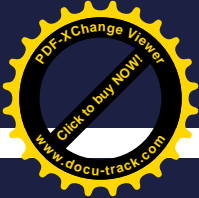
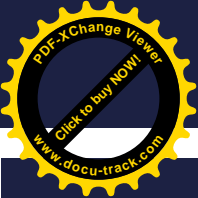


TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARIGA INNOVATSION YONDASHUV 2022

RESPUBLIKA VA XALQARO YOSH OLIMLAR
ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI

MATERIALLARI

12-MAY 2022-YIL



TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARIGA INNOVATSION YONDASHUV 2022

RESPUBLIKA VA XALQARO YOSH OLIMLAR
ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI

TAHRIRIYAT JAMOASI

BOSH MUHARRIR

M.M.Madazimov

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARLARI

K.Z.Salaxiddinov, Sh.Ya.Bustanov

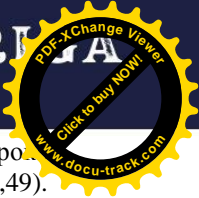
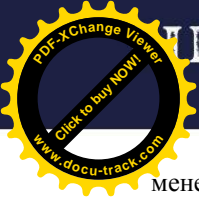
TAHRIRIYAT HAY'ATI A'ZOLARI

B.R.Abdullajonov, G.N.Mamatxujayeva, Z.S.Saloxiddinov,
X.T.Musashayxov, D.B.Asrankulova, M.E.Abdullayeva,
L.S.Xudoyberdiyeva, M.R.Mamajonova, N.Sh.Buranova,
M.M.Kuzibayeva, N.A.Mamatova

KOMPYUTER GRAFIK MUHARRIRLARI

J.A.Johongirov, A.S.Kurbonov, S.X.Abduraxmonov,
I.B.Bektashev

ANIJON
12-MAY 2022-YIL



Результаты. В группе с пессарием (n=192) было отмечено снижение частоты спонтанных ПР в сроке менее 37 нед — 22% по сравнению с контрольной группой (n=193) — 59% (RR — 0,36; 95% ДИ — 0,27—0,49). Однако в этом исследовании критику вызывает очень высокая чувствительность УЗИ-цервикометрии (59%), так как в 59% УЗИ-диагноз оказался истинно положительным. В 2013 г. опубликовано РКИ S. Нуи и соавт. [46], включившее 108 беременных: 53 — в группе с применением пессария и 55 — в контрольной группе, не отличавшихся по средней длине шейки матки (19,6 и 20,5 мм соответственно), сроку беременности и демографическим характеристикам.

Авторы утверждают, что профилактическое применение пессария не снижает число случаев преждевременных родов в сроке менее 34 нед, которое составило 9,4% — в группе с применением пессария и 5,5% — в контрольной группе. Это исследование не вошло в Кохрановский обзор 2013 г. Эффективность применения пессария у беременных после эксцизии шейки матки также не установлена. Существует только одно пилотное исследование без контрольной группы, включившее 21 беременную после ножевой конизации [47]. Авторы сделали вывод о положительном эффекте пессария у беременных с конизацией. Таким образом, нужны более убедительные доказательства эффективности пессария у беременных с различными факторами риска развития ПР, включая многоплодие.

ПР (до 37 нед.) наступили у 32 пациенток (9,4%). В 1-й группе (ШМ≤25 мм) ПР наступили у 18 пациенток (56,3%), роды в срок - у 1 (0,3%) (ОШ394,714 [ДИ49,128-3171,289], p<0,05); величина МШУ составила 107,3±2,3°. Во 2-й группе (ШМ 26-35 мм) ПР наступили у 11 пациенток (34,3%), роды в срок—у 147 (47,7%) (ОШ0,574 [ДИ0,267-1,230], p>0,05); величина МШУ - 101,2±3,7°. В 3-й группе (ШМ>35 мм) ПР наступили у 3 пациенток (9,4%), роды в срок—у 160 (52%) (ОШ0,096 [ДИ0,029-0,321], p<0,05); величина МШУ - 92,6±3,8°.

Длина ШМ≤25 мм, прогнозировала риск наступления ПР с чувствительностью 56,3%, специфичностью 99,7% (p<0,001). Диагностическая эффективность теста составляет 95,6%. Среднее значение МШУ при ПР составило 104,2±0,9°, при родах в срок - 92,3±2,7°. При анализе взаимосвязи значения МШУ и наступления ПР, выявлено, что при величине МШУ>105° частота наступления ПР составила 81,2%, в то время как в группе родивших в срок величина МШУ>105° встречалась в 16,9% случаев (ОШ 21,333 [ДИ8,363-54,418], p<0,05). МШУ>105° прогнозировал риск наступления ПР с чувствительностью 81,3%, специфичностью 83,1% (p<0,001). Диагностическая эффективность теста составила 83,1%.

Вывод В заключение необходимо отметить, что, несмотря на достижения в выхаживании недоношенных, очень мало достигнуто в способности предотвращать П.Р. Кроме описанных мероприятий, большую роль играют другие меры профилактики ПР: сокращение ятрогенных ПР, отказ от курения, содействие здоровому питанию, профилактика и лечение ИППП, разумное использование вспомогательных репродуктивных технологий, лечение заболеваний пародонта и профилактика неоплазий шейки матки. Успех будет зависеть от их комплексной реализации, носить междисциплинарный характер с участием специалистов из нескольких областей с чертами национальной политики.

ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ И НЕЙРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ И

*Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Асилова С.У.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность: Последствия сочетанных повреждений нервов и сухожилий сгибателей в нижней трети предплечья или запястья практически всегда сопровождаются длительной временной нетрудоспособностью, а у 25% пострадавших вызывают стойкую потерю трудоспособности. Это объясняется не только тяжестью функциональных нарушений, но ошибками, допущенными при оказании медицинской помощи. До сих пор отсутствует четкая взаимосвязь и преемственность при реабилитации этого контингента реабилитируемых между стационарами, амбулаторными учреждениями и медико-реабилитационными экспертными комиссиями. Продолжительные сроки нетрудоспособности и многоэтапность лечения требуют разработки технологии медицинской реабилитации таким пострадавшим.

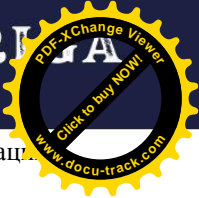
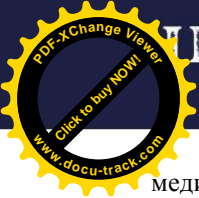
Реабилитация больных разделена на 4 периода.

1.Период предоперационной подготов(устранение тугоподвижности в суставах пальцев и кисти – ЛФК, массаж, парафино-озокеритовые аппликации, электрофарез с лидазой).

2.Операция и послеоперационный период: а) ранний – стимуляция процесса регенерации нерва, профилактику развития постиммобилизационных контрактур пальцев. Магнитолазарь, ЛФК для свободных от иммобилизации фаланг пальцев, массаж и медикаментозное лечение: антибиотикотерапия, витаминотерапия, препараты, улучшающие микроциркуляцию.

б) период иммобилизации – 3 недели.

3.Постиммобилитационный период (тренажер с биологически обратной связью, трудотерапия в течение 4 недель).



4. Период этапной медикаментозно-функциональной терапии. Амбулаторная реабилитация: медикаментозная, физиолечения, ЛФК, механотерапия в течение 3 месяцев.

Дегенеративные изменения собственных мышц кисти и их структур существенно не улучшаются после шва или пластики нерва. Нейрогенные деформации кисти и пальцев разделены на три группы: легкую, среднюю и тяжелую. Выраженность деформации зависит не только от тяжести травмы, но и в значительной мере от продолжительности денервации собственных мышц кисти.

Основными способами коррекции нейрогенной деформации кисти и пальцев являются оперативные реконструктивные вмешательства. Сроки от 6 до 12 и более месяцев после травмы или шва нерва. Следует учитывать тяжесть деформации, время,

При нейрогенных деформациях кисти и пальцев реконструктивные операции разделяются на динамические и стабилизирующие. Динамические операции направлены на восстановление активной функции пальцев, что достигается сухожильно-мышечной транспозицией.

В настоящее время многими авторами предложено не малое число оперативных методов, однако, нет единого мнения о показаниях, сроках проведения и выборе оптимального способа реконструкции при конкретной деформации кисти. Эти оперативные вмешательства, позволяющие в короткие сроки значительно улучшать функцию кисти.

Все пациенты с последствиями повреждений нервов в течение 2-3 –х. лет находятся под диспансерным наблюдением специалистов.

СУХОЖИЛЬНО МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

*Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Асилова С.У.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность: Повреждение периферических нервов на уровне плеча и предплечья является нередкой травмой. Особое внимание заслуживает повреждение лучевого нерва, приводят к стойкой деформации кисти и инвалидности.

Лучевой нерв повреждается при закрытых травмах-переломах плечевой кости, открытых повреждениях в нижней трети плеча и на уровне локтевого сгиба, ятрогенных ранений во время остеосинтеза плечевой кости. При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья невозможно избежать операции.

Существует много методов лечения повреждений нервов направленных на восстановление целостности нервного ствола и восстановления функции с применением современной микрохирургической техники, электростимуляции нервных стволов после операционном периоде.

Основным методом лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели. В 1898г. Franke произвел мышечно-сухожильную транспозицию при параличе лучевого нерва, он укоротил лучевой разгибатель кисти, пересадил локтевой сгибатель кисти на общий разгибатель пальцев, а часть расщепленного сухожилия лучевого сгибателя кисти на длинный разгибатель 1 –го пальца.

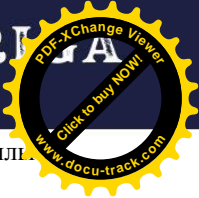
До сегодняшнего дня нет конкретного мнения относительно лечения поражений лучевого нерва в посттравматическом периоде. Ряд авторов (Богов А.А. и др., 2006; Исмаилов Ж.Т. и др., 2010; Kay S et al., 2009) предлагают использовать аутонейропластику, а другие утверждают, что аутонейропластика является неэффективной. Поэтому некоторые авторы (Ширяева Г.Н., Гришин И.Г., Полотнянко В.Н., 1998) при таких травмах предлагают выполнять сухожильно-мышечную транспозицию.

Таким образом, известные традиционные хирургические методы лечения травм лучевого нерва не лишены недостатков, способствует развитию осложнений, т.к. не предупреждают развитие радиальной девиации ладони в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Улучшение результатов сухожильно-мышечной транспозиции при посттравматическом повреждении лучевого нерва путём выбора оптимального метода хирургического вмешательства и рациональной реабилитации больных.

В центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмской области и специализированной центр хирургии суставов и кисти при многопрофильной клиники ТМА 2016-2021 г. находилась 57 больных с повреждениями лучевого нерва. Больным произведена нейрорафия у 4, невролиз у 10, невролиз с транспозицией у-9 и транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатель разных вариантах у 34 больных

Комбинация донорских сухожилий с наложением сухожильного шва: сухожилие лучевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателя и длинной отводящей мышцы 1-го пальца, сухожилие локтевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателей – 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев. В послеоперационном периоде производилась гипсовая иммобилизация в течение 4 недель. На второй недели не снимая гипсовой лангеты, пациент выполняет изометрические движения с перерывами не более 10 минут. Спустя еще 2 недели упражнения выполняются без шины или гипсовой лангеты: постепенное дозированное увеличение движений



перемещенной мышцы. Массаж, упражнения с мячом, электростимуляция мышц кисти – амплипульс, тепловые ванны – подводный массаж, парафиновые аппликации, магнитотерапия, трудотерапия.

Исход после транспозиции с хорошим функциональным результатом отмечено у 89% и 6% получен удовлетворительный результат.

Выводы: Таким образом, для восстановления разгибательного аппарата кисти, при стойком повреждении лучевого нерва выполнение мышечно-сухожильной транспозиции обеспечивают положительный функциональный результат.

НЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Выполнила: Одилова Д.З, студентка 3 курса МП факультета 303 гр
Научный руководитель: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К.
Кафедра психиатрии и наркологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Актуальность изучения своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств невротического уровня обуславливается как высокой распространенностью таких расстройств, так и недостаточной разработанностью проблемы в целом. В настоящее время в РФ* распространенность пограничных психических расстройств составляет 26%, а психосоматических расстройств -31%.

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, характеризуются неспецифичностью; картина* их во многом зависит не только от внешних, но и от внутренних условий (наследственность, преморбидная* личность), дополнительных патогенных моментов.

Для их развития необходимо сложное взаимодействие индивидуальных основ личности, характера реагирования на окружающее, наличие прошлых психологических травм, социальных и других факторов.

Цели нашего исследования Научная разработка системы современных подходов к восстановительной терапии⁵ больных с невротическими, связанными со стрессом; и соматоформными расстройствами; путем проведения[^] сравнительного анализа эффективности исследуемых комплексов не лекарственных методов: лечения (рефлексотерапии; психо- и фитотерапии).

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением в условиях Андижанского психоневрологического диспансера находилось 78 больных с различными формами неврозов и неврозоподобными состояниями экзогенного и эндогенного происхождения.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто встречались следующие расстройства: невротения (38 больных, 43,2%), истерический невроз (18 больных, 23,0%) и невроз навязчивых состояний (22 больных, 25,0%).

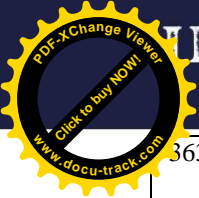
В восстановительном периоде, наряду с физическими и физиотерапевтическими методами лечения, широко использовалась аутогенная тренировка, которая, на наш взгляд, является оптимальным средством для самоконтроля и регуляции деятельности нервной системы, мышечной системы и внутренних органов организма.

Аутогенная тренировка в психологической реабилитации больных играет особую восстановительную, а затем и профилактическую роль, направленную на подавление психических причин вегетативных отклонений, снятие нервных напряжений, переутомлений, стрессовых явлений. Абсолютное большинство больных, прошедших психологическую реабилитацию с использованием аутогенной тренировки, вернулись к прежней социальной и трудовой деятельности, которую выполняли в полном объеме.

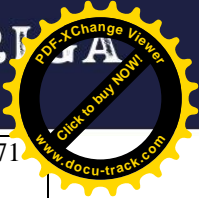
Вывод: Разработанные комплексные программы лечения больных с невротическими, связанными, со стрессом, и соматоформными расстройствами* позволяют значительно повысить эффективность терапии этих заболеваний, избежать побочных и нежелательных эффектов, восстановить защитные психологические нейровегетативные и нейроэндокринные механизмы.

Предлагаемые конкретные методы психотерапии, схемы иглорефлексотерапии, сборы различных трав и их сочетаний позволяют подобрать индивидуальное соотношение методик для каждого конкретного пациента, направленных как на ликвидацию имеющихся симптомов заболевания, так и на разрешение причинных психогенных ситуаций и восстановление адаптации.

На основе полученных результатов лечения исследуемых групп пациентов были определены показания для назначения каждого метода не лекарственного воздействия и возможных сочетаний, а также установлены предикторы эффективности; что позволяет более адекватно и эффективно проводить лечение исследуемых групп больных.



ИВБИЙОТНИНГ ДОЛЗАРВ МУАММОЛАРИ INNOVATION YONDASHUV 2022



363	МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ <i>Насретдинова Д., Насретдинова Д.Б.</i>	271
364	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ — СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ <i>Насретдинова Д., Насретдинова Д.Б.</i>	272
365	ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ И НЕЙРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ И <i>Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Асилова С.У.</i>	273
366	СУХОЖИЛЬНО МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА <i>Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Асилова С.У.</i>	274
367	НЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Выполнила: Одилова Д.З., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К.</i>	275
368	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ. <i>Одилов Х.А., Аллаев М. Я., Мирзакаримов Б.Х., Кодиров К.З., Яхёев Ф.М.</i>	276
369	МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА <i>Одилов С., Туланов Д.Ш.</i>	276
370	УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА <i>Одилов С., Туланов Д.Ш.</i>	277
371	ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА <i>Олимжонов Б.О., Артикова С.Г.</i>	278
372	ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА; МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОБИОТИКОВ <i>Олимжонов Б.О., Артикова С.Г.</i>	279
373	РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ <i>Олимов Д.М., Усманова У.И.</i>	280
374	ОСОБЕННОСТИ НОСПЕССИФИЧЕСКОГО ОБНОВЛЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ <i>Олимов Д.М., Усманова У.И.</i>	281
375	ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. <i>Охунов Алишер, Атаков Сарвар, Бобокулова Шохиста.</i>	281
376	ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Пирматов Шахбозбек Шухрат угли., Рахматуллаева Насибахон Исламбаевна., Холматов Расулжон Иброхимжон угли.</i>	282
377	ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Пирматов Шахбозбек Шухрат угли., Рахматуллаева Насибахон Исламбаевна., Холматов Расулжон Иброхимжон угли.</i>	283
378	РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К</i>	284
379	ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТЕАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пулатова Севара Шамситдиновна</i>	285
380	ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ <i>Выполнил: Рахматов Х., Бахавадинова З.М.</i>	286
381	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА <i>Рахмонова Д.Р., Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н.</i>	287
382	ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Расулев Ёркин Эркинович., Даминов Б.Т.</i>	287
383	СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦИО – ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХБП <i>Расулев Ёркин Эркинович., Даминов Б.Т.</i>	288