

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
TERMIZ FILIALI**



**“TIBBIYOTDAGI ZAMONAVIY ILMIY
TADQIQOTLAR: DOLZARB MUAMMOLAR,
YUTUQLAR VA INNOVATSIYALAR”
MAVZUSIDAGI XALQARO ILMIY-AMALIY
KONFERENSIYA**

MATERIALLARI TO‘PLAMI

2022-yil 13-may

TERMIZ – 2022

нафар бемор) ЧҚҚОФ сақланган ($54,6 \pm 2,7\%$). 1 гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $64,2 \pm 3,1, 2$; 2 гуруҳда $58,6 \pm 2,5$; 3 гуруҳда $62,6 \pm 3,6$ га тенг бўлди. Беморларда СЮЕ ривожланишига юрак ишемик касаллиги ва унга хамроҳ гипертония касаллиги сабаб бўлган. Барча гуруҳдаги беморларда умумий клиник ва биохимик таҳлил, асбобий (ЭХОКГ) текширув ҳамда иммунофермент таҳлил (ELISA реагенти) усули ёрдамида қон зардобидаги цистатин С микдорий кўрсаткичи аниқланди. Унинг меърий кўрсаткичи $0,58 - 1,05$ мг/мл деб белгиланди. Буйракнинг филтрацион фаолиятини баҳолашда коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) қон зардобидаги креатинин клиренсига қараб, MDRD (2009) ва СКD-EPI (2011) формуласи ҳамда қон зардобидаги цистатин С [КФТ = $90,63 \times$ цистатин С (мг/мл) – $1,192$; (Hojs R et al., 2008)] орқали ҳисобланади.

Натижалар. Тадқиқотга жалб этилган хар учала гуруҳдаги беморларда қон зардобидаги мочевина ва креатинин микдори меърий кўрсаткичлардан ошмаганлиги, буйрак касаллиги белгилари йўқлиги аниқланди. Цистатин С микдори гуруҳлар ўртасида мос равишда $1,7 \pm 0,42$; $1,3 \pm 0,33$ ва $1,14 \pm 0,32$ мг/мл ни ташкил этди. Хар учала гуруҳдаги беморларда MDRD ва СКD-EPI формуласи ёрдамида аниқланган КФТ кўрсаткичларига нисбатан қон зардобидаги цистатин С орқали аниқланган КФТ ишончли пасайганлиги ($p < 0,05$) қайд этилди. Барча гуруҳларда СЮЕнинг қон отиш фракциясини камайишига қон зардобидаги цистатин С микдорий кўрсаткичи билан хамоҳанглиги (мос равишда $r = 0,678$, $p < 0,01$; $r = 0,425$, $p < 0,05$; $r = 0,126$, $p > 0,05$) аниқланди. Бунда 2 ва 3 гуруҳдаги беморларда унинг микдори чап қоринча (ЧҚ) миокарди вази, ЧҚ гипертрофияси (концентрик) ва ЧҚ девори нисбий қалинлиги индекси билан ишончли мусбат корреляцион боғлиқлик (мос равишда $r = 0,896$; $r = 0,786$ ва $r = 0,691$ $p < 0,01$), ЧҚ сўнгги систолик ва диастолик хажми билан эса боғлиқлик ($p > 0,05$) аниқланмади.

Хулоса. СЮЕ мавжуд беморларда буйрак фаолияти бузилишини клиник белгилари намоён бўлгунга қадар цистатин С орқали аниқланиши даво муолажаларини муқобиллаштириш, қасалликнинг зўрайиб бориши ва нохуш асоратлари ривожланишини олдини олишда алоҳида аҳамият касб этади. Шу билан бир қаторда цистатин С дан СЮЕнинг ЧҚҚОФ сақланган ва оралиқ фенотипларини буйраклар дисфункциясини эрта ташхислаш ва нохуш асоратлари хавфини аниқлашда биологик маркер сифатида амалиётда фойдаланиш мумкин.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Турсунбаев А.К., ТМА, Ташкент, Узбекистан

Целью данной работы явилось выявление нарушений почечного кровотока у больных детей с ХГН, сравнительная оценка выявленных нарушений в зависимости от формы, стадии и тяжести заболевания.

Материалы и методы. За период 2017 по 2020 года на базе отделения детской нефрологии многопрофильной клиники ТМА обследовано 87 больных детей с различными формами ХГН. Всем пациентам с целью оценки функциональных нарушений почечного кровотока дополнительно было проведено доплеровское сканирование сосудов почек на аппарате экспертного класса HDI-500 (Philips, Голландия) в динамике.

Проводилась также доплерография брюшного отдела аорты. Изучались анатомические особенности сосудов для исключения деформаций. В автоматическом режиме определяли пиковую систолическую (Vps), конечную диастолическую (Ved) скорость кровотока и RI на уровне основной почечной артерии и ее сегментов (дуговые, междольевые и сегментарные сосуды), систоло-диастолическое соотношение (S/D).

Обсуждение полученных результатов. В стадии олигоанурии у пациентов всех трех групп были выявлены гемодинамически значимые нарушения почечной гемодинамики, которые достоверно отличались от показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Во всех случаях скорость кровотока в основных стволах почечных артерий в

стадии олигоанурии была значительно ниже соответствующих показателей в группе контроля. Это касалось как Vps, так и Ved скоростей кровотока на уровне основной почечной артерии и ее сегментов (дуговые, междольевые и сегментарные сосуды). Причиной этому служило повышение общего периферического сопротивления кровотоку и его составляющей - периферического сопротивления почечных артерий и артериол. Кроме того, существенным моментом было снижение сердечного выброса в связи с поражением (отеком, дистрофическими изменениями) миокарда и его систолической и диастолической дисфункцией. S/D было выше данных в контрольной группе, что можно объяснить отеком, лимфогистиоцитарной инфильтрацией интерстициальной ткани почек при ХГН у детей. Индекс резистентности во всех случаях был повышен и достоверно ($p < 0,001$) отличался от данных в контрольной группе. В клинической практике тяжесть ХГН определяется ретроспективно по длительности стадии олигоанурии. Был проведен корреляционный анализ между RI и длительностью стадии олигоанурии, выявлена прямая корреляционная связь. Чем выше был индекс резистентности при поступлении, тем длительнее оказывалась стадия олигоанурии (исключая умерших и пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН)). Получены следующие данные: при RI в стволе основной почечной артерии $>0,79$ длительность стадии олигоанурии составила 1 недели и более, при показателе RI от 0,71 до 0,79 — до 2 недель, при RI $< 0,71$ — менее 1 недели.

Выводы. Таким образом, исследование при поступлении больных можно было говорить о тяжести острой почечной недостаточности (ОПН). Снижение скоростей почечного кровотока и повышение индекса резистентности были характерными для всех пациентов с острой почечной патологией в стадии олигоанурии. Однако изучаемые показатели достоверно ($p < 0,001$) отличались при различных вариантах ХГН у детей.

После проведенного лечения в стадии восстановления диуреза во всех группах наблюдали: восстановление кровотока начиная с дуговых и междольевых артерий; нормализацию формы доплерографической кривой; уменьшение эхогенности и толщины паренхимы, восстановление размеров почек и кортико-медуллярной дифференциации.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Умарова Т.С., Кадамалиева М.Д., Хокирова М.С.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Выявить и оценить факторы риска неразвивающейся беременности у жительниц г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведено клинико - лабораторно-инструментальное обследование 55 женщин, которые находились на лечении в гинекологическом стационаре с диагнозом неразвивающаяся беременность.

Результаты исследования. Более половины пациенток (61,3%) были в возрасте 26-35 лет. У большинства женщин (82,7%) беременность прекратила развиваться в сроке 4-9 недель. Установлено, что в структуре гинекологической заболеваемости у больных преобладали хронический сальпингит и оофорит (20%), хронический эндометрит (16,6%), воспалительные болезни шейки матки (14,7%), киста яичника (8%), миома матки (7,3%). Ранее произошедшие случаи НБ зарегистрированы у 13,3% женщин.

В анамнезе у 36 % пациенток с НБ был медицинский аборт по желанию, у 14,7% - самопроизвольный выкидыш. Оперативные вмешательства до настоящей

ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ <i>Сайфиддинова М.С.</i>	
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ <i>Салаева З.Ш.</i>	295
SOME ASPECTS OF BLOOD COUNTS IN PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HIV <i>Safarova L.A.</i>	296
OG'IZ BO'SHLIGIDAGI TURLI MUOLAJALARDA SO'LAKNING TARKIBIY O'ZGARISHLARI. <i>Safarova S.CH.</i>	296
ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>Сейтмуратова А.Т., Хайдарова Г.Б.</i>	297
ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ β-ТАЛАССЕМИЕЙ ПОЛУЧАЮЩИХ ХЕЛАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ <i>Сулейманова Д.Н., Рахманова У.У.</i>	298
ИЗУЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ <i>Султанова Н.С., Бобомуратов Т.А., Маллаев Ш.А., Файзиев Н. Н.</i>	299
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ <i>Таджиева З.Б., Юлдашева Л.О., Ражабова Д.О.</i>	300
СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЛЯ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ <i>Таджиева З.Б., Юлдашева Л.О., Ражабова Д.О.</i>	300
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ <i>Туракулов Р.И., Кадамов С.К., Эшонкулов С.С.</i>	301
ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ <i>Турсунбаев А.К.</i>	302
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Умарова Т.С., Кадамалиева М.Д., Хокирова М.С.</i>	303
СТЕПЕНЬ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА <i>Уралова М.Ф., Ахмедова С.Т.</i>	304
ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Файзиева У.Р.</i>	305
ФОН КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Файзиева Ў.Р.</i>	306
MR OPPORTUNITY OF IMAGING OF BREAST CANCER	306